

Hazırlayan	İnceleyen	Onaylayan
Kalite Yönetim Direktörü	Kalite Yönetim Direktörü	Başhekim

## 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

### 2.1.Dokümantasyon kapsamı

Özel Çevre Hastanesinde hizmet kalitesi ve verimliliği üzerinde etkisi bulunan tüm faaliyet ve operasyonlar bu prosedür kapsamında dokümante edilecektir.

### 2.2.Harici dokümanlar (Dış Kaynaklı)

Başhekim tarafından onaylanmak kaydıyla kullanılan hizmet sunumu için gerekli olan ulusal / uluslararası standartlar, mevzuatlar ve diğer dokümanlar.

## 3.Tanımlar

**Prosedür:** Belirli bir faaliyet grubunun veya operasyonlar serisinin bir bölüm tarafından genel olarak (nerede, kim tarafından, nasıl ve ne zaman) nasıl yerine getirileceği prosedürün konusunu oluşturur.

**Talimat:** Özel bir operasyonun nasıl yapılacağı talimatlar ile belirtilir. Bir talimat genellikle bir prosedüre bağlı olarak bir veya birden çok spesifik operasyonu anlatır. Talimatlar kısa basit ve anlaşılır olmalıdır.

**Basılı Kontrollü Kopya:** Kaliteye ilişkin dokümanların (prosedür, talimat, plan, liste, görev tanımları, bilgilendirme broşürü, eğitim broşürü vb) yayınlanması, dağıtımı, değişikliği ve güncelliği kırmızı KONTROLLÜ KOPYA kaşesi basılarak Kalite Birimi tarafından oluşturulan belgedir.

**İptal:** Üzerinde revizyon yapılarak eski kalite dokümanı statüsüne giren kayıtlara İPTAL kaşesi basılarak eski kopyaları imha edilir.

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

**Dış kaynaklı doküman:** Özel Çevre Hastanesi tarafından hazırlanmamış fakat Özel Çevre Hastanesi bir dokümanı gibi kullanılan tüm dokümanlardır.

**Revizyon:** Hazırlanmış olan prosedür, proses, talimat ya da formlardaki herhangi bir uygunsuzluğun giderilmesi ya da geliştirilmesi amacı ile yapılan değişikliklerdir.

## 4. Sorumluluklar

### 4.1 Onay ve yürürlük

Bu prosedür Başhekim onayından sonra yürürlüğe girer.

## 4.2 Prosedürün Kullanıcıları

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.

## 5. Prosedür

### 5.1.Genel

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

**5.1.2.**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.

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

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

**5.1.5.** Özel Çevre Hastanesinde uygulanacak dokümanları hazırlayan kişiler prosedürlerin yazımında Arial ve 10 punto ile 1,5 satır aralığı kullanacaklardır.

**5.1.6.**Tüm dokümanlarda en az bulunması gereken bilgiler:

- Doküman Adı,
- Doküman Numarası,
- Yayın Tarihi,
- Revizyon Numarası,
- Revizyon Tarihi
- Sayfa Numarası
- Kurum Logosu

### 5.2.Prosedürlerin içeriği

Prosedürler aşağıdaki 6 başlık içerir:

#### 1.Amaç

#### 2.Kapsam

#### 3. Tanımlar

#### 4.Sorumluluklar

## 5. Prosedür

### 6.İlgili Dokümanlar

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

#### Başlıkların kapsamı gereken ana başlıklar şöyledir :

**1.Amaç:** Prosedürü uygulamadaki hedef kısaca tarif edilerek, prosedürün ne amaçla yazıldığı anlatılır.

**2.Kapsam:** Prosedürün sınırları ve hangi faaliyetler için uygulanacağı anlatılır.

**3.Tanımlar:** Prosedürde kullanılan özel terimlerdir. Herkes tarafından aynı şekilde anlaşılmayan terimlerin tanımı ve açıklaması yapılır.

**4.Sorumluluklar:** Prosedürün onaylanması, yürütülmesi, değiştirilmesi ve kullanılmasında sorumluluk ve yetkileri bulunan kişileri belirtir.

**5.Prosedür:** Faaliyetin yeterli şekilde detaylı ve aşama aşama tarifinin yapılmasıdır. Kapsamlı kullanım talimatları ve operatörün temelde bildiği şeyler prosedüre yazılmaz, bunun yerine atıfta bulunulur.

**6.İlgili Dokümanlar :** Prosedürü kullanan kişinin yararlanması gereken veya ilişkisi bulunan diğer dokümanlar belirtilir.

#### 5.2.1.Prosedür yazımının başlatılması

Yazılı bir prosedüre gereksinim:

- Nasıl yürütüleceği resmi bir şekilde kontrollü ve yazılı olması gereken bir faaliyet
- Tanımlanması gereken bir geçiş ilişkisi
- Sıralamasının kesin olarak belirlenmesi gereken bir faaliyet
- Müşteri tarafından istenen, fakat mevcut durumda kapsanmayan faaliyetler
- Yeni teknoloji ve bilginin kullanıma alınması
- Faaliyet alanının genişlemesi
- Düzeltici ve önleyici faaliyetler

Söz konusu olduğunda ortaya çıkar.

Kesin bir ihtiyaç belirlendiği zaman, Kalite Yönetim Direktörü faaliyetin spesifik veya farklı bölümler ve/veya birimlerin işbirliği ile hazırlanması gereken bir faaliyet olup olmadığını belirler ve prosedürün yazılmasından sorumlu bir kişi veya grup atayarak prosedür yazımını başlatır.

#### 5.2.2.Prosedür Akışının Oluşturulması

Prosedür akışları organizasyonel yapılanmadan bağımsız tarif edilir. Prosesler bir birimin kendi içinde nasıl çalıştığını değil, belirli bir noktada başlayan faaliyetin hangi aşamalardan geçeceğini ve bu aşamalarda kimlerin görev alacağını belirtir.

Prosedürlerin detay kısmı tanımlanırken açıklamalar bir süreç şeklinde tanımlanır. Prosedürler aşağıdaki bilgileri açık şekilde göstermelidir:

- Prosedürün başlangıç noktası ya da noktaları
- Prosedürü başlatan girdilerin kaynağı (diğer süreçler, birimler, hastalar vb.)
- Prosedürün bitiş noktası ya da noktaları
- Prosedürün ürettiği çıktılarının iletiildiği yerler (diğer prosesler, birimler, hastalar vb.)
- Prosedürün ara aşamalarında etkileşim içerisinde olunan diğer prosesler
- Prosedürün sınırları (hangi faaliyetin hangi proses kapsamında gerçekleştirildiği, prosedürün neyi kapsadığı ve neyi kapsamadığı)
- Faaliyetlerin planlanmış hedefleri yerine getirip getirmediğini takip etmek amacıyla gerçekleştirilecek ölçme ve izleme yöntemleri
- Sorumluluklar

### 5.2.3. 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.

### 5.2.4. Prosedürlerin Tanımlanması

Kalite Yönetim Direktörü prosedürlere Kalite Dokümanları Kod Listesi'ne göre bir numara verir. Kalite Dokümanları Kod Listesi'nde birimler ve doküman türlerine kısa kodlar verilmiştir. Örneğin ; Doküman Yönetimi Prosedürü YÖN.PR.01 olarak tanımlanmıştır.

'YÖN' dokümanın kalite birimine ait olduğunu,

'PR ' doküman türünün prosedür olduğunu ,

'01 ' ise prosedürün kalite birimine ait 1 numaralı prosedür olduğunu ifade eder.

### 5.3. Talimatların İçeriği

Genel bir faaliyeti anlatan iş talimatı:

#### 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.

Bir iş talimatına yukarıda sıralanan başlıklara ek olarak konu ilgili başka başlıklar da eklenebilir (örneğin: emniyet şartları, raporlama v.s.)

Kalite Yönetim Direktörü talimatlara Kalite Dokümanları Kod Listesi'ne göre bir numara verir. Kalite Dokümanları Kod Listesi'nde birimler ve doküman türlerine kısa kodlar verilmiştir. Örneğin ; Ameliyathane Temizlik Talimatı AML.TL.20 olarak tanımlanmıştır.

'AML' dokümanın Ameliyathane birimlere ait olduğunu,

"TL" dokümanın talimat olduğunu,

'20' ise talimatın tıbbi birimlere ait seksen dokuz numaralı talimat olduğunu ifade eder.

#### 5.4.Kalite El Kitabı tanımlanması

Kalite El Kitabı kapak sayfasının üst kısmında hastane logosu, orta bölümünde hastanenin tam ismi, "Kalite El Kitabı" yazısı, alt bölümde ise, yayın tarihi, baskı no'su, kontrollü veya kontrolsüz kopya olduğu bilgileri bulunur.

Kapak sayfasından sonra, içindekiler, revizyon takip çizelgesi ve hastane tanıtımı bulunur.

Revizyonlar bölüm bazında yapılır, revizyonsuz hal "00"dır, daha sonra her revizyonda birer artırılarak devam eder. Kalite El Kitabı'nın ilk baskı numarası "0"dır. Kalite El Kitabındaki toplam revizyon sayısı 20'ye ulaştığında yeniden yayınlanır ve baskı numarası bir artırılır, revizyon numarası sıfırlanır.

Kalite El Kitabı'nda yapılan revizyonlar Bölüm B'de Revizyon Takip Çizelgesine işlenir ve değişiklik sebebi kısaca izah edilir.

Kalite El Kitabı sayfa düzeninde üst kısımda hastane logosu, Kalite El Kitabı yazısı, bölümün adı, bölüm numarası ve sayfa no'su, revizyon numarası, revizyon ve yayın tarihi bilgileri bulunur. Alt kısımda hazırlayan ve onaylayanın imzası bulunur. Sayfa numarası "N/X" şeklindedir. "X" sayfaya ait numarayı, "N" ise toplam sayfa sayısını gösterir.

Kalite El Kitabı'nın hazırlanmasını, revizyonunu, dağıtımının yapılmasını, dağıtım ile ilgili dağıtım kayıtlarının tutulmasını ve yönetimini Kalite Yönetim Direktörü, sağlar. Kalite El Kitabı'nın her sayfası hazırlayan olarak Kalite Yönetim Direktörü tarafından imzalanır ve Başhekim tarafından onaylanarak yürürlüğe girer.

Kalite El Kitabı'nın orijinali Kalite Birimi'nde bulunur.

Kalite El Kitabı'nın doküman kodu KEK'dir.

#### 5.5.İndikatör İçeriği

**5.1.İndikatör kartı:** Takip edilen İndikatörün tanımı, gerekçesi, hesaplama yöntemi, alt indikatörleri, hedef değeri, veri kaynağı, ilgili dokümanlar, veri toplama periyodu, veri analiz periyodu, sorumlular, çıkış noktası ve dikkat edilecek hususlar bulunur.

**5.2.Bildirim Formu:** İndikatörlerin birimler tarafından bildirim yapılacak form bulunur.

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

**5.4. Yıllık veri analiz formu:** Yıllık değerlendirmenin takip edildiği formdur.

Kalite Yönetim Direktörü talimatlara Kalite Dokümanları Kod Listesi'ne göre bir numara verir. Kalite Dokümanları Kod Listesi'nde birimler ve doküman türlerine kısa kodlar verilmiştir. Örneğin ; İND.FR.01 Düşen hasta oranı indikatör kartı İND.FR.01 olarak tanımlanmıştır.

'İND' dokümanın İndikatör olduğunu,

'FR ' doküman türünün Form olduğunu,

'01 ' ise İndikatör yönetimine ait 1 numaralı form olduğunu ifade eder

## 5.6.Proses İçerikleri

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

- \*Doküman numarası
- \*Revizyon numarası
- \*Prosesi hazırlayan
- \*Prosesi sistem onayı
- \*Prosesi onaylayan
- \*Revizyon / Yayın tarihi
- \*Prosesin sorumlusu
- \*Prosesin oluşturulma amacı
- \*Performans parametreleri
- \*Proses girdileri
- \*Proses kaynakları
- \*Proses Çıktıları
- \*Proses Faaliyetleri
- \*Etkileyen Prosesler
- \*Etkilenen Prosesler
- \*İlgili dokümanlar

Kalite Yönetim Direktörü proseslere form numarası verir. Örneğin ; Ameliyathane Prosesi YÖN.FR.25 olarak tanımlanmıştır.

'FR ' doküman türünün Form olduğunu,

'25 ' ise Yönetimin 25 numaralı formu olduğunu ifade eder.

## 5.7.Görev Tanımları İçeriği

### 1. Görev Ünvanı

### 2. ÇALIŞTIĞI BÖLÜM:

- 2.1 Bağlı Olduğu Bölüm Yöneticisi :
- 2.2 Kendisine Bağlı Kadrolar :
- 2.3 Yerine Vekalet Edecek Kişi :
- 2.4 Çalışma Saatleri

### 3.YETKİNLİK BİLGİLERİ

Öğrenim:

Deneyim:

Eğitim:

Kullanması Gereken Cihaz Ve Ekipmanlar:

İşinde Gizlilik Gerektiren Durumlar:

### 4. GÖREV TANIMI:

### 5. GÖREV, YETKİ VE SORUMLULUKLAR

Kalite Sorumlusu görev tanımlarına Kalite Dokümanları Kod Listesi'ne göre bir numara verir. Görev tanımları Yönetim üzerinden tanımlanmıştır. Örneğin Hastane Müdürü görev tanımı 'YÖN.GT.01' olarak kodlanmıştır.

'YÖN ' görev tanımının Yönetim bir görev tanımı olduğunu,

'GT ' doküman türünün görev tanımı olduğunu ,

'01 ' ise görev tanımının 1 numaralı idari görev tanımı olduğunu ifade eder.

#### 5.8.Formlar

Kalite sistemi dâhilinde kullanılan formlar, ilgili departmanlar tarafından hazırlanır ve Kalite Yönetim Direktörünce uygun bulunanların Kalite Yönetim Direktörü tarafından sağ üst köşelerine doküman numarası, yayın/ revizyon tarihi ve revizyon numarası verilir. Formlar orijinallerinin arka sayfasına gözden geçiren ve onaylayan bölümleri açıldıktan sonra Kalite Yönetim Direktörü ve Başhekim 'in imzalarıyla yürürlüğe girer. Formların dağıtımını kalite birimi tarafından; Hastane web sitesinde "Kurumsal" bölümünde, "Dokümanlar" kısmında tüm dokümanlar PDF formatında yüklenmiştir. Her yeni form Kalite Yönetim Direktörü tarafından web sayfasına yüklenmesi sağlanır.

Kalite Yönetim Direktörü formlara Kalite Dokümanları Kod Listesi'ne göre bir numara verir. Kalite Dokümanları Kod Listesi'nde birimler ve doküman türlerine kısa kodlar verilmiştir. Örneğin ; Uygunsuzluk Tespit Formu YÖN.FR.03 olarak tanımlanmıştır.

'YÖN' dokümanın kalite birimine ait olduğunu,

'FR ' doküman türünün form olduğunu ,

'03 ' ise formun Yönetim birimine ait 3 numaralı form olduğunu ifade eder.

#### 5.9.Planlar

Kalite sistemi dâhilinde kullanılan planlar ( İç Tetkik, Eğitim vb ) ilgili bölümler tarafından hazırlanır ve Kalite Yönetim Temsilcisi tarafından uygun bulunanlar prosedürlerde bulunan doküman tanım bilgileri içerik bilgileri ile doldurulur.

Hazırlanan ve onaylanan planların orijinalleri Kalite Birimi'nde bulunur.

Kalite Sorumlusu planlara Kalite Dokümanları Kod Listesi'ne göre bir numara verir. Kalite Dokümanları Kod Listesi'nde birimler ve doküman türlerine kısa kodlar verilmiştir. Örneğin ; Yıllık Eğitim Planı EĞT.PL.01 olarak tanımlanmıştır.

'EĞT' dokümanın Eğitim birimlerle ilgili olduğunu,

'PL ' doküman türünün plan olduğunu ,

'01 ' ise planın Eğitim birimine ait 1 numaralı plan olduğunu ifade eder.

## 5.10.Listeler

Kalite sistemi dâhilinde kullanılan listeler ilgili bölümler tarafından hazırlanır. Hazırlanan ve onaylanan listelerin orijinaleri 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. Örneğin ; Kabul Edilemeyecek Hasta Ve Yönlendirecek Kurumlar Listesi \_ACL.LS.01 olarak tanımlanmıştır.

'ACL' dokümanın Acil birimlere ait olduğunu,

'LS ' doküman türünün liste olduğunu ,

'01 ' ise listenin Acil birimlere ait 1 numaralı liste olduğunu ifade eder.

## 5.11.Rehberler

Kalite sistemi dâhilinde kullanılan rehberler ilgili bölümler tarafından hazırlanır. Hazırlanan ve onaylanan rehberlerin orijinaleri Kalite Birimi'nde bulunur. Hazırlanan rehberler Başhekim'in onayıyla yürürlüğe girer.

Kalite Sorumlusu rehberlere Kalite Dokümanları Kod Listesi'ne göre bir numara verir. Kalite Dokümanları Kod Listesi'nde birimler ve doküman türlerine kısa kodlar verilmiştir. Örneğin ; Laboratuvar Test Rehberi BİY.RHB.01 olarak tanımlanmıştır.

'BİY' dokümanın Biyokimya Laboratuvarına ait olduğunu,

'RHB ' doküman türünün rehber olduğunu ,

'01 ' ise rehberin biyokimya laboratuvar birimine ait 1 numaralı rehber olduğunu ifade eder.

## 5.12.Etiketler

Kalite sistemi dâhilinde kullanılan etiketler ilgili bölümler tarafından hazırlanır. Hazırlanan ve onaylanan etiketlerin orijinaleri Kalite Birimi'nde bulunur. Hazırlanan etiketler Başhekim'in onayıyla yürürlüğe girer.

Kalite Sorumlusu etiketlere Kalite Dokümanları Kod Listesi'ne göre bir numara verir. Kalite Dokümanları Kod Listesi'nde birimler ve doküman türlerine kısa kodlar verilmiştir. Örneğin ; Tıbbi Atık Etiket ATK.ETK.01 olarak tanımlanmıştır.

'ATK' dokümanın Atık Yönetimine ait olduğunu,

'ETK ' doküman türünün etiket olduğunu,



'01 ' ise etiketin atık yönetimi birimine ait 1 numaralı rehber olduğunu ifade eder.

## 5.13.Onay ve yürürlüğe sokma

5.13.1.Tüm dokümanlar İlgili Birim Sorumlusu tarafından hazırlanır; Kalite Yönetim Direktörü tarafından kalite yönetim sistemine uygunluğu açısından gözden geçirilir, Başhekim'in onayı ile yürürlüğe girer.

## 5.14.Revizyon Talebi ve Değerlendirilmesi

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

5.14.2.Talep Kalite Birimi'nde değerlendirilerek uygun bulunur ise ilgili bölüm ile birlikte gerekli değişiklik ve düzenlemeler yapılır.

## 5.15.Revizyonlar

5.15.1.Bir doküman revizyona uğradığında, prensipte yeni bir doküman yazılıyormuş gibi tüm aşamaları yeniden takip eder.

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

5.15.3.Tüm dokümanların son revizyonlarını ve sorumlu olan bölümleri göstermek amacıyla Güncel Doküman Listeleri hazırlanır. Dokümanların güncelliği Güncel Doküman Listesi'nde takip edilir.

5.15.4.Kalite Birimi tarafından revizyonu yapılan tüm dokümanlar üzerine 'İPTAL' kaşesi basılarak ilgili bölümün doküman klasöründe üzerine güncel revizyon hali konarak muhafaza edilir.

5.15.5.Revize edilmiş doküman Hastane web sitesindeki Dokümanlar kısmında geçerliliğini yitirmiş doküman silinir ve revize edilmiş doküman yüklenir. Dokümanın iptal edilmiş hali birimden geri alınır ve Kalite Birimi tarafından imha edilir.

5.15.6. Kalite El Kitabı'nın içeriğinde yapılan revizyonlar 5.4 maddesine göre gerçekleştirilir.

## 5.16.Onay ve Dağıtım

Tüm Dokümanlara Özel Çevre Hastanesi Kalite Yönetim Sistemi'nde yetkilendirilen kişiler ulaşılabilir. Doküman dağıtımı ve güncelliğinin takibi Güncel Doküman Listelerinde tanımlanmıştır. Kalite Sisteminde tanımlanmış bulunan tüm dokümanlar Kalite Birimi tarafından orijinal çıktısı alınır. 5.11.1 maddesinde anlatılan yetkili kişiler tarafından onaylanır ve aşağıda anlatılan yöntemlerle dağıtımı sağlanır.

### 5.16.1. Onaylama

Hazırlanmış tüm dokümanlar, 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.

## 5.16.2. Dağıtım:

**5.16.2.1.** Kalite Yönetim Direktörü, onaylanmış olan dokümanı hastane web sayfasındaki dokümanlar bölümüne PDF formatında ilgili bölümün içine yükler, aynı zamanda dokümanı kullanması gereken birimlerin mail adreslerine yeni dokümanı gönderir.

**5.16.1.2.**Hastane dışına veya gerekli durumlarda hastane içindeki bölümlere bilgi vermek amacıyla doküman gönderilmesi söz konusu olduğunda, ilgililer Kalite Birimi'nden dokümanı ister.

**5.16.1.3.**Bölümler kendilerine verilen basılı dokümanları Kalite Dokümanları dosyalarında saklar.

## 5.17.Eski Dokümanların İptali

**5.17.1.**Kalite Yönetim Direktörü yürürlükten kalkmış dokümanların orijinallerini süresiz saklar. Elinde bulunan bir dokümanın revize edildiğinden haberdar edilen herkes, eski dokümanı yenisi ile değiştirmekten sorumludur. Eski dokümanlar Kalite Birimi tarafından toplatılarak imha edilir. Kalite Yönetim Direktörü'nden izin alınmadan eski dokümanlar kullanılsa dahi saklanamaz, kopyalanamaz ve dosyalanamaz.

## 5.18.Dış Kaynaklı Doküman Yönetimi

### 5.18.1.Dış Kaynaklı Doküman Talebi ve Takibi

Dış kaynaklı dokümanlar Özel Çevre Hastanesi hastalarından, tedarikçilerden, diğer resmi veya özel kuruluşlardan temin edilebilir. Dış kaynaklı dokümanların kimlerin tarafından takip edileceği Dış Kaynaklı Doküman Listesi 'nde belirtilmiştir. Özel Çevre Hastanesi dokümanlarında ve kayıtlarında bir dış kaynaklı dokümanın kullanımından bahsedildiğinde ilgili dış kaynağın revizyon numarası ve tarihi mutlaka gösterilmiş olmalıdır (Örneğin, bir TSE standardı tanımlanırken hem standart numarası hem de kullanılan standardın revizyon tarihi "TSE 30 – 1985" şeklinde belirtilir).

### 5.18.2.Giriş Kaydı

Dış kaynaklı dokümanlar, Kalite Yönetim Direktörü tarafından takip edilir, Kalite Yönetim Direktörü tüm hastane de birimlere kullandıkları dış kaynaklı dokümanları kendisine bildirmesini talep eder, bildirilen dokümanları kayıt altına alır. Bu tip dokümanlar Dış Kaynaklı Doküman Listesi 'nde belirtilecektir.

### 5.18.3.Dokümanın Dağıtımı

**5.18.3.1.**Yeni hazırlanan veya revize edilen dokümanlar Hastane web sayfasındaki "Dokümanlar" kısmına PDF olarak yüklenir. Ayrıca ilgili birimlerin mail adreslerine hazırlanan doküman mail olarak gönderilir ve ilgili birim çalışanları haberdar edilir.

**5.18.3.2.** Dış kaynaklı dokümanların kullanımı birimler tarafından web üzerinden basılarak veya basımı yapılması gerekenler Kalite Birimi tarafından bastırılıp dağıtılarak kullanılır.

### 5.18.4.Dokümanın Değiştirilmesi

Yayınlanan Dış Kaynaklı Dokümanların dokümanı yayınlayan kurum tarafından yapılan revizyonlarında takibini kimin ve hangi yöntemle yapacağı Dış Kaynaklı Doküman Listesi'nde belirtilmiştir. Revizyonların takip yöntemi ve güncellik takibinin gerçekleştirilebilmesi için yayınlayan kuruluşlarla en az yılda bir iletişim kurulmalıdır.

**5.19.**Kalite Yönetim Sisteminde yer alan tüm dokümanlar Kalite Yönetim Direktörü tarafından 2 yılda bir gözden geçirilir ve gözden geçirme tarihleri güncel kalite kayıtları listesinde kaydedilir. Revizyon ihtiyacı var ise revize edilir.

**5.20.** Dokümanların yabancı dil tercümeleri aynı numaranın İngilizce tercümesi -01, arapça tercümesi -02 ve almanca tercümesi -03 olarak numaralandırılır. YÖN.RB.01 Genel Bilgilendirilmiş Onam Formunun İngilizce tercümesi YÖN.RB.01-01, Arapça tercümesi YÖN.RB.01-02, Almanca tercümesi YÖN.RB.01-03 olarak tanımlanmıştır.

### **6.İlgili Dokümanlar**

YÖN.LS.03 Dış Kaynaklı Doküman Listesi

YÖN.FR.11 Doküman Dağıtım Formu

YÖN.FR.01 İç Haberleşme Formu

YÖN.LS.01 Kalite Dokümanları Kod Listesi

YÖN.LS.02 Kalite Kayıtları Listesi