1. **AMAÇ:** Ağız diş sağlığı hizmetlerine ait süreçlerin planlanması ve yazılı hale getirilmesi, uygulamaların yazılı kurallara uygun olarak yerine getirilmesini, kalite çalışmalarının etkin şekilde yürütülmesini ve dokümanların güncelliğini sağlamak.
2. **KAPSAM:** Bu prosedür yazılı düzenlemelerin başvurulduğu ve kullanıldığı bütün birimleri kapsar.

# KISALTMALAR:

**SKS:** Sağlıkta Kalite Standartları **KYB:** Kalite Yönetim Birimi **KYD:** Kalite Yönetim Direktörü **DÖF:** Düzeltici Önleyici Faaliyetler **DKD:** Dış Kaynaklı Dokumanlar **4.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.

1. **SORUMLULAR:** Üst yönetim, kalite yönetim direktörü, komiteler, bölüm kalite sorumluları, kalite yönetim birimi çalışanları ve tüm çalışanlar sorumludurlar.

# FAALİYET AKIŞI:

## Doküman İhtiyacının Belirlenmesi:

* + - SKS ‘ nin bölüm kalite sorumluları ve KYB tarafından incelenmesi sonucunda,
		- Merkezi ve öz değerlendirme sonuçlarının analizi sonucunda,
		- Eğitim değerlendirmeleri sonucunda,
		- Komiteler tarafından yapılan uygunsuzluk ve olay bildirimlerin kök neden analizleri sonucunda,
		- Yasa, yönetmelik doğrultusunda dokümantasyon ihtiyacı belirlenir.

## Dokümanların Formatı:

Hazırlanan bu prosedürde doküman/yazılı düzenlemelerin formatı 3 kısımdan oluşmaktadır.

1. Kısım: İlgili Kalite Standardı boyut bölüm kısaltması
2. Kısım: İlgili Kalite Standardı doküman tür kısaltması
3. Kısım: Kurum tarafından belirlenen doküman numarası

Doküman kodlandırılırken öncelikle 1.Kısımdan boyut bölüm kodu seçilir. 2. Kısımda doküman tür kısaltması seçilir ve kurum tarafından tanımlanan dokümanlar sıralanarak doküman sırasına ait numara seçilir kodlandırılması görülmektedir.

Aşağıda tanımlanan bir doküman yönetimine yönelik bir kodlama yer almaktadır.

**ÖRN:** Dokümanların Kontrolü Prosedürü DÖK. KODU:PR-29

# PR- 29

K: Kurumsal Hizmetler DY: Doküman Yönetimi PR: Prosedür 09: Doküman Sıra No

* + 1. Her türlü hazırlanacak olan Doküman / yazılı düzenlemelerin üst başlığında yer alan çerçevenin içerisine dokümanın;
			- Adı
			- Kodu
			- Yayın Tarihi
			- Revizyon Tarihi
			- Revizyon Numarası
			- Sayfa /Sıra No
			- Üniversite Logosu bilgileri
		2. Hazırlayan kontrol eden ve onaylayan bilgileri, en son sayfada ve yalnızca orijinal dokümanlar üzerinde yer alır. Dokümanlarda Hazırlayan, Kontrol Eden ve Onaylayan bilgileri; kişilerin, unvan ve imzalarını içerir.
			- Dokümanlar ilgili birim tarafından hazırlanır.
			- KYD tarafından kontrol edilir.
			- Üst yönetim tarafından onaylanır.
		3. Dış kaynaklı dokümanlar dışındaki tüm dokümanların formatı yukarıda belirtildiği gibidir. Dış Kaynaklı Dokümanlar; orijinal doküman formatında ve güncel haliyle kullanılır.

# BÖLÜM KISALTMALARI

**SKS BÖLÜM KODLARI TABLOSU**

Kurumsal Yapı: KU Sosyal Sorumluluk: SS Hasta Bakımı: HB Tıbbi Kayıt ve Arşiv

Hizmetleri: TA

Kalite Yönetimi: KY Doküman Yönetimi: DY Risk Yönetimi: RY

İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi: İO

Acil Durum Afet Yönetimi: AD

Eğitim Yönetimi: EY

Hasta Deneyimi: HD

Hizmete Erişim: HE

Sağlıklı Çalışma Yaşamı: SÇ

Enfeksiyonların Önlenmesi: EN Sterilizasyon Hizmetleri: SH

İlaç Yönetimi: İY

Radyasyon Güvenliği: RG

Protez Laboratuarı Hizmetleri: PL

Tesis Yönetimi: TY Otelcilik Hizmetleri: OH Bilgi Yönetimi: BY

Malzeme ve Cihaz Yönetimi: MC

Atık Yönetimi: AY

Dış Kaynak Kullanımı: DK

Göstergelerin İzlenmesi: Gİ

Hizmet Kalite Göstergeleri: KH

Klinik Kalite

Göstergeleri: KK

Kısaltma PR

TL FR PL RH LS RB YD

GT

Doküman Türü Prosedür Talimat

Form Plan Rehber Liste

Rıza Belgesi Yardımcı Doküman

Görev Tanımı

**DOKÜMAN TÜRLERİ**

|  |  |
| --- | --- |
| Doküman Türü | Kısaltma |
| Prosedür | **PR** |
| Talimat | **TL** |
| Form | **FR** |
| Plan | **PL** |
| Rehber | **RH** |
| Liste | **LS** |
| Rıza Belgesi | **RB** |
| Yardımcı Doküman | **YD** |
| Görev Taımı | **GT** |

## Doküman/ Yazılı Düzenleme Kontrolü, Onayı, Takibi ve Dağıtımı

* + - Tüm SKS dokümanları ilgili bölüm sorumlusu tarafından hazırlanır, KYD tarafından kontrol edilir. Dekan/Dekan Yrd. tarafından onaylanır.
		- Doküman / yazılı düzenlemenin ıslak imzalı aslı Kalite biriminde muhafaza edilir.
		- Onaylanan tüm dokümanlar KYB tarafından Doküman Kontrol Takip Listesine kaydedilir.
		- Doküman Kontrol Takip Listesi ile dokümanların güncelliği takip edilir*.*
		- Onaylanan dokümanlar intranet ağı üzerinden yayınlanır veya kullanım formatında KYB tarafından birim kalite sorumlularına gönderilir,
		- İntranet ağı üzerinden yayınlanan dokümanlar kullanıcının değişiklik yapamayacağı formatta yayınlanır. İntranet ortamındaki kalite dosyasına sadece Kalite Yönetim Birimi müdahale edebilir. İlgili birimler dosyalarda değişiklik yapamazlar.
		- Dokümanlar ilk yayınlandığı zaman revizyon no, revizyon tarihi (- ) olarak yazılır.
		- Tanımlanan dokümanların ilgili alanlarda güncel hali ile bulunması Doküman Yönetimi Bölüm Kalite Sorumlusunun sorumluluğundadır.
		- Çalışma alanlarında güncel dokümanların kullanımının sağlanması bölüm kalite sorumlularının görevidir.
		- Dağıtımı yapılacak dokümanlar daha önceden yürürlüğe alınmış ve ilgili sorumlularca ıslak imza olarak onaylanmış olan nüshalardan fotokopi çekilerek çoğaltılır.
		- Çoğaltılan fotokopilerin her sayfasının sağ alt köşesine Kalite Yönetim Direktörü/Kalite Birim Çalışanı tarafından kırmızı renkli “**KONTROLLÜ KOPYA**” kaşesi basılarak ve/veya hazırlanan dokümanlar aslı kalite biriminde kalmak kaydıyla, web sayfası üzerinden PDF formatında hizmet sunum alanları ve ihtiyaç duyulan diğer yerlerden ulaşılabilecek şekilde dağıtımı veya yayınlanması sağlanır.

## Dokümanların Güncelliğinin Sağlanması:

* + - Yasal mevzuat değişiklikleri, uygulama değişiklikleri, yeni eklenen uygulamalar, uygulamadan doğan aksaklık ve eksikliklerden kaynaklanan uygunsuzluk bildirimleri, DÖF ve periyodik gözden geçirmeler sonucunda uygunsuzluk saptanan dokümanlar revize edilir.
		- Daha önce sistemde tanımlanmış ve kullanılmakta olan dokümanların revizyon talebi istekleri birim çalışanları tarafından, yapılan toplantılar, Öz değerlendirmeler, Düzeltici Önleyici Faaliyet talepleri sonucunda Döküman talep ve değişiklik formu ile öncelikle birim sorumlusunun onayı alınır.
		- Birim sorumlusunun Döküman talep ve değişiklik formu onaylamasının ardından, birim çalışanı revizyon talebini Döküman talep ve değişiklik formu ile kalite birimine iletir.
		- Revizyon talebi Kalite Yönetim Direktörü tarafından değerlendirilir. Revizyon talebi yapılan doküman, talep eden personel dışında diğer birimlerin işleyişini de etkiliyor ise Kalite Yönetim Direktörü tarafından Döküman talep ve değişiklik formu ve revizyon talebi yapılan doküman(lar)ilgili birimlerinde düşüncelerini almak üzere diğer birimlere gönderilir.
		- Diğer birimlerden gelen kararın olumsuz olması durumunda Kalite Direktörü ilgili tarafları bir araya getirerek ortak bir karar alınmasına yardımcı olur.
		- Diğer birimlerden revizyon ile ilgili olumsuz bir karar gelmez ise Kalite Direktörü tarafından doküman revize edilir.
		- Gerekli revizyonlar bölüm kalite sorumluları tarafından yapılır.
		- Revizyonu yapılan dokümanlar KYD tarafından kontrol edilir, Dekan/Dekan Yrd. tarafından onaylanır.
		- Dokümanlarda yapılan değişiklikler KYB tarafından takip edilir. Değişiklik numarası ve değişiklik yapılan tarih dokümanın revizyon numarası ve revizyon tarihi kısmına yazılır
		- Dokümanın Revizyon numarası ve tarihi kaydedilir, yürürlük tarihi değişmez. Eski orijinal nüsha üzerine **revize edilmiştir** kaşesi basılır ve revizyon dosyasına konur.
		- Toplanan eski kopyalar, Kalite birimi nezaretinde yırtılarak imha edilir. Orijinal bilgisayar kaydı **Revize Olanlar** Klasöründe mevcuttur. Bilgisayar kayıtları en fazla 3 yıl saklanır. Örnek teşkil etmesi amacıyla tutulan eski kayıtlar ihtiyaç olmadığında silinir.
		- Doküman takip ve kontrol listesine tüm değişiklikler ve güncellemeler kaydedilir. Revizyon tarihi bölümüne yapılan revizyonla ilgili (revizyon alanı, başlığı vb.) açıklama yazılır.
		- Yapılan değişiklikler hakkında ilgili personel bilgilendirilir.
		- Revize edilen dokümanlar kullanım alanlarında bölüm kalite sorumluları tarafından imha edilir
		- KYB tarafından intranet üzerinde dokümanın en güncel hali bulundurulur.
		- Dokümanlar Kalite Birimi tarafından sürekli olarak, Doküman Yönetimi Bölüm Kalite Sorumlusu tarafından yılda bir defa gözden geçirilir.
		- Yapılan değişiklikler (varsa) ilgili doküman üzerinde revizyon bilgileri kısmına ve Doküman takip ve kontrol listesine kaydedilir
		- Kalite Yönetim birimi tarafından revizyonu yapılan doküman/ yazılı düzenlemenin bir önceki versiyonu (yayınlanmış bütün revizyonlarını) uygulamadan kaldırılır.

## Dokümanlardaki muhafazası ve imhası ile yapılacak İşler:

* + - Fiziksel imza ile onaylanmış dokümanların muhafazası kalite birimi tarafından yapılır.
		- Kayıtlar kalite biriminde rutubet, nem, ısıdan korunacak şekilde muhafaza edilir. Kayıtlar için yangın, sel, tabi afet gibi konularda gerekli tedbirler alınır. Kayıtlar saklama süreleri boyunca her yıl bozulma ve kaybolmalara karşı kontrol edilir.
		- Bir yılın sonunda, doldurulmuş toplantı tutanakları, anketler, doldurulmuş formlar vb. arşiv birimine teslim edilir, arşiv yönetmeliğine göre işlem yapılır.
		- Geçerliliğini yitiren dokümanlar KYD tarafından iptal edilir. İptal edilen orijinal dokümanların üzerine **iptal edilmiştir** kaşesi basılır. İptal edilen dokümanlar KYB birim arşivinde iptal edilen doküman dosyasında muhafaza edilir.
		- İptal edilen numaralar bir sonraki yeni oluşturulan evraklara verilebilir.
		- İptal edilen dokümanlar, KYB tarafından bölüm kalite sorumlularına bildirilir.
		- İptal edilen dokümanlar kullanım alanlarında bölüm kalite sorumluları tarafından imha edilir.
		- Dokümanların teslim alınması, saklanması, lüzum halinde çıkarılması ve imhası Evrakların saklanması için Resmî Gazete: 16.05.1988- 19816 Devlet Arşiv Hizmetleri Hakkında Yönetmelik esas alınır.
		- Arşive teslim edilen dosyalar yönetmelik doğrultusunda korunması için arşiv bölümünün havalandırma, klima ile iklimlendirme, ısı ve nem cihazları ile sağlanır.
		- Günlük periyotlarla ısı ve nem kontrolü arşiv görevlisi tarafından yapılmaktadır.
		- Arşiv malzemelerinin korunması amacı ile yönetmelik doğrultusunda yangın söndürme cihazı, 24 saat kamera sistemi ile izlenmekte, mikroorganizmalar ve haşarata karşı ilaçlama ve dezenfeksiyon işlemleri yılda en az bir defa yapılmaktadır.
		- Arşive, arşiv çalışanları ve kurum yetkililerin dışında kimse giremez.
		- İmha edilmesine karar verilen evraklar Dekan oluru ile kurulan ayıklama ve imha komisyonu tarafından belirlenir. Bu komisyonun amacı:
		- Muhafazasına lüzum kalmayan malzeme ile arşiv malzemesi ve arşivlik vasfını taşıyan malzemeyi birbirinden ayırmak.
		- Arşivde gereksiz evrak ve malzemenin saklanmasını önlemek
		- İş kaybına mâni olmak, istenen evrak ve malzemeye kolay ulaşmayı sağlamak
		- Arşiv araç- gereç ve alanları için yapılacak masrafları azaltmak.
		- Kurumda saklanacak arşivlik malzemeyi tespit etmek.

## Doküman Eğitimleri:

* + - İlgili kullanıcılara Doküman Yönetimi eğitimi doküman yönetimi bölüm sorumlusu tarafından verilmekte ve kayıt altına alınmaktadır.
		- Yeni bir doküman yayımlandığında ya da güncelliği sağlandığında fakülte içerisinde dental ekranlarda bulundurulur.
1. **PANOLARA ASILACAK DÖKÜMANLARA YÖNELIK DÜZENLEME**

Diğer kurumlardan fakülte hedef kitlesine duyurulması için gönderilen duyuru ve afişler ilan panolarına asılarak duyurulur. Sendikalar tarafından yapılmak istenen duyurular ilan panoları vasıtasıyla yapılır. İlan panolarının genel kontrolü kalite birimi tarafından yapılır. Kurumuzda herhangi bir dokümanın asılma durumunda doküman öncelikle Kalite birimine teslim edilir.

Kontroller sırasında, izinsiz olarak asıldığı tespit edilen duyuru, afiş vb. dokümanlar hakkında Dekanlığa bilgi verilir ve izinsiz doküman panodan kaldırılır.

* + Fakültemiz bilgilendirme panoları fakülte girişinde ve dersliklerin girişinde B Blok zemin katta bulunmaktadır.
	+ Bilgilendirme panolarına hastaların bilgilendirilmesine yönelik broşür, toplantı, seminerlere yönelik afiş vb. ve Fakülte düzenine ait uyarı yazıları öğrenci bilgilendirme panolarına asılacak dokümanlar Fakülte Yönetimi. onayı ile asılır. Burada asılması uygun görülenler “ASILMASI UYGUNDUR” yazısı yazılıp, imzalanır, panoda ne kadar süre asılı kalacağı belirlenir, kaydı yapılır. Panolara Asılan Döküman Takip Formu ile takip edilir.
	+ Kliniklerde kullanılan banko başındaki panolarda personel nöbet çizelgeleri, hatırlatıcı notlar asılır.
	+ Panolar ve diğer alanlarda dokümanlar rastgele asılmamalı; estetik tarzda ve görüntü kirliliği oluşturmayacak şekilde düzenlenerek asılmalıdır.
	+ Sürekli asılması gereken dokümanlara (afiş- poster ) indirilme tarihi yazılmaz. Süresiz ibaresi yazılarak asılır.
	+ Panoların dışında kliniklerde, ilgili birimlerde kapı arkalarında, ısı-nem ölçer formları, temizlik takip formları, buzdolabında saklanması gereken ilaç listesi, ısı ve ışıktan korunması gereken ilaç listesi bulunur. Bu dokümanlar için onay (Asılması uygundur) aranmaz.
	+ Tuvalet kapı arkasında temizlik çizelgeleri mevcuttur. Bu çizelgeler görüntü kirliliği oluşturmayacak şekilde asılmalıdır. İlgili sorumlular tarafından kontrol edilmelidir.
	+ Tüm panolara asılacak afiş, poster, uyarı yazıları, eğitim duyurular vb. dokümanlar güncel olmalıdır.
	+ Süresiz olarak asılacak evraklarla ilgili herhangi bir yönetmelik ve mevzuat değişikliğinde kaldırılır

# İLGİLİ DÖKÜMANLAR

* Doküman Takip ve Kontrol Listesi
* Doküman Talep Değişiklik Formu