



T.C.
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ
DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ

Döküman Kodu :	
Yayın Tarihi :	06.11.2023
Revizyon No :	00
Revizyon Tarihi :	
Sayfa No :	1/6

BİLGİ YÖNETİM SİSTEMİ KURUM POLİTİKASI PROSEDÜRÜ

1. AMAÇ :

Bilgi Yönetim Sistemi Politikası (BYSP), Erciyes Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi bünyesinde yürütülen bilgi güvenliği yönetim sistemi çalışmalarının kapsamını, içeriğini, yöntemini, mensuplarını, görev ve sorumlulukları, uyulması gereken kuralları içeren bir dokümandır. Bu politikada tüm bölümleri ilgilendiren maddeler olduğu gibi sadece bazı bölümleri ilgilendiren maddeler de bulunmaktadır.

Bilgi güvenliği yönetim sisteminin amacı tüm bilgi varlıklarımızın gizliliği, bütünlüğü ve gerektiğinde yetkili kişilerce erişilebilirliğini sağlamaktır. Bilgi diğer kıymetli varlıklarımızın içinde en çok ihmal edilen fakat kurum açısından en önemli varlıklardan biridir.

Bilgi güvenliği sadece bilgi teknolojileri çalışanlarının sorumluluğunda değil eksiksiz tüm çalışanların katılımı ile başarılabilir bir iştir. Ayrıca bilgi güvenliği sadece bilgi teknolojileri ile ilgili teknik önlemlerden oluşmaz. Fiziksel ve çevresel güvenlikten, insan kaynakları güvenliğine, iletişim ve haberleşme güvenliğinden, bilgi teknolojileri güvenliğine birçok konuda çeşitli kontrollerin risk yönetimi metoduyla seçilmesi uygulanması ve sürekli ölçülmesi demek olan bilgi güvenliği yönetim sistemi çalışmalarımızın genel özeti bu politikada verilmektedir.

2. KAPSAM :

Bu politika kurum bilgi işlem altyapısını kullanmakta olan tüm birimleri ve bağlı kuruluşları, üçüncü taraf olarak bilgi sistemlerine erişen kullanıcıları ve bilgi sistemlerine teknik destek sağlamakta olan hizmet, yazılım veya donanım sağlayıcılarını kapsamakla birlikte;

- Veri dosyaları, sözleşmeler vb. den oluşan bilgi varlıkları,
- Uygulama yazılımları, sistem yazılımları ve hizmetlerden oluşan yazılım varlıkları,
- Yönlendirici cihazları, güvenlik cihazları, sistem yönetim sunucuları, yasal yükümlülükler kapsamında kurulmuş sunucu sistemleri, bilgisayarlar, iletişim donanımı ve veri depolama ortamlarını içeren fiziksel varlıklar,
- Tüm işlemlerin yerine getirilmesi ile ilgili aydınlatma, iklimlendirme, kablolu gibi unsurlardan oluşan hizmet varlıkları,
- Kapsamdaki faaliyetlerin yürütülmesini sağlayan insan kaynakları varlıklarını kapsamaktadır.

3. KISALTMALAR :

BYSP : Bilgi Yönetim Sistemi Politikası

4. SORUMLULAR :

Üst yönetim ve Bilgi İşlem Birim Personelleri Sorumludur.

5. TANIMLAR :

6. FAALİYET AKIŞI :

6.1. BİLGİ GÜVENLİĞİ HEDEFLERİ VE PRENSİPLERİ

Bilgi güvenliği yönetimi kapsamına alınan tüm süreçlerde ve varlıklarda gizlilik, bütünlük ve erişilebilirlik prensiplerine uyacak önlemler almak amacıyla aşağıda detayları belirtilen risk yönetimi faaliyetleri yürütülmektedir. Her bir varlık için risk seviyesinin kabul edilebilir risk seviyesinin altında tutmak hedeflenmektedir.

- Kurumu içeriden veya dışarıdan gelebilecek tehditlere karşı korumak,
- Üretilen veya kullanılan bilgilerin gizliliğini güvence altına alarak kurumun imajını korumak,
- Kurumun temel ve destekleyici iş faaliyetlerinin en az kesinti ile devam etmesini sağlamak,

HAZIRLAYAN	KONTROL EDEN	ONAYLAYAN
BİRİM KALİTE SORUMLUSU	KALİTE YÖNETİM DİREKTÖRÜ	DEKAN



T.C.
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ

Döküman Kodu :

Yayın Tarihi : 06.11.2023

Revizyon No : 00

Revizyon Tarihi :

Sayfa No : 1/6

BİLGİ YÖNETİM SİSTEMİ KURUM POLİTİKASI PROSEDÜRÜ

- Üçüncü taraflarla yapılan sözleşmelerde belirlenmiş uygunluğu sağlamak
- Bilgi Güvenliği Prosedürlerini yerine getirerek personelin bilgi güvenliği farkındalıklarını artırmak amacıyla kurum bilişim hizmetlerinin gerçekleştirilmesinde kullanılan tüm fiziksel ve elektronik bilgi varlıklarının bilgi güvenliğini sağlamayı hedefler.

6.1.1. HEDEF

- Kurumu içeriden veya dışarıdan gelebilecek tehditlere karşı korumak,
 - Üretilen veya kullanılan bilgilerin gizliliğini güvence altına alarak kurumun imajını korumak,
 - Kurumun temel ve destekleyici iş faaliyetlerinin en az kesinti ile devam etmesini sağlamak,
 - Üçüncü taraflarla yapılan sözleşmelerde belirlenmiş uygunluğu sağlamak
 - Bilgi Güvenliği Prosedürlerini yerine getirerek personelin bilgi güvenliği farkındalıklarını artırmak
- Amacıyla kurum bilişim hizmetlerinin gerçekleştirilmesinde kullanılan tüm fiziksel ve elektronik bilgi varlıklarının bilgi güvenliğini sağlamayı hedefler.

6.1.2. BİLGİ GÜVENLİĞİ İLKELERİ

Bilgi güvenliği ilkeleri, kurumdaki bilgi güvenliği ile ilgili genel kuralları koyar. Bu ilkeler kullanıcılara çeşitli konu ve kavramlarla ilintili beklenen davranışları tanımlar.

Kurum bilgi işlem altyapısını kullanan ve bilgi kaynaklarına erişen herkes :

- Kişisel ve elektronik iletişimde ve üçüncü taraflarla yapılan bilgi alışverişlerinde kuruma ait bilginin gizliliğini sağlamalı,
- Kritiklik düzeylerine göre işlediği bilgiyi yedeklemeli,
- Risk düzeylerine göre belirlenen güvenlik önlemlerini almalı,
- Bilgi güvenliği ihlal olaylarını bilgi güvenliği yetkilisine bildirmeli, raporlamalı ve bu ihlalleri engelleyecek önlemleri almalıdır.
- Kurum içi bilgi kaynakları (duyuru, doküman vb.) yetkisiz olarak 3.kişilere iletilemez.
- Kurum bilişim kaynakları, T.C. yasalarına ve bunlara bağlı yönetmeliklere aykırı faaliyetler amacı kullanılamaz.
- Kurumun tüm çalışanları; bu politikaya, izlek ve talimatlarına uymakla sorumludur.
- İş süreçlerinin gereksinimi olarak her türü bilgi, en az kesintiyle kapsam dâhilindeki birimler, hizmet verenler ve gereken üçüncü taraflarca erişilebilir olacaktır.
- Bilgilerin bütünlüğü her durumda korunacaktır.
- Hizmet alanlar ve verenler ya da üçüncü taraflara ait olmasına bakılmaksızın, üretilen ve/veya kullanılan bilgilerin gizliliği her durumda güvence altına alınacaktır.
- Bilgi Güvenliği Yönetim Sisteminin tasarımı, uygulaması ve sürdürülmesi aracılığıyla riskler kabul edilebilir düzeye indirilecektir.
- Bilgi; bilginin elektronik iletişimi, üçüncü taraflarca paylaşımı, araştırma amaçlı kullanımı, fiziksel ya da elektronik ortamda depolanması gibi kullanım biçimlerinden bağımsız olarak korunacaktır.

7. İLGİLİ DOKÜMANLAR

HAZIRLAYAN	KONTROL EDEN	ONAYLAYAN
BİRİM KALİTE SORUMLUSU	KALİTE YÖNETİM DİREKTÖRÜ	DEKAN



T.C.
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ

Döküman Kodu : D.BY.TL.01

Yayın Tarihi : 17.01.2024

Revizyon No : 00

Revizyon Tarihi :

Sayfa No : 1/1

HBYS ERİŞİM VE YETKİLENDİRME TALİMATI

1. AMAÇ :

Kurumumuzda bilgi yönetim sisteminin güvenliğinin sağlanması amacıyla işe yeni başlayan ve işten ayrılan personele erişim yetkilerinin verilmesi ve iptal edilmesinin politikasını ve şeklini belirler.

2. KAPSAM :

Bu doküman kurumumuz bilgi yönetimi işlemleri, genel HBYS kullanım ve erişim kuralları ve bilgi güvenliği konularını kapsar.

3. KISALTMALAR :

HBYS : Hastane Bilgi Yönetim Sistemi

4. SORUMLULAR :

Bu dokümanın yönetilmesinden ve güncellenmesinden Bilgi İşlem personeli sorumludur. Uygulanmasından bilgi yönetim sistemi ile her türlü iletişimi olan tüm personel sorumludur.

5. TANIMLAR :

6. FAALİYET AKIŞI :

6.1. İşe Başlama

- Hastaneye yeni başlayan personele Program Yetki Modülü açılarak Kullanıcı Tanımlama ekranından kullanıcı adı oluşturulur. Kullanıcı adı kişiye özeldir ve aynı kullanıcı iki farklı kişiye verilemez.
- Kullanıcı grubu seçilerek çalışacağı birime göre gruba atanan yetkiler verilir.
- Kadrolu personel için personel kodu girilir. Uzman doktorlar için sağlık kurulu tanımlanır.
- Kullanım yetkilerine göre yetki çeki atılır.
- HBYS sistemi otomatik şifre verir. Şifre sadece kullanıcı tarafından bilinir. Kullanıcı dilediği zaman şifresini değiştirebilir. Şifrenin seçimi ve korunması tamamıyla kullanıcı sorumluluğundadır. Bilgi İşlem birimi şifrenin kullanımından doğacak problemlerden kesinlikle sorumlu değildir. Şifresini unutan kullanıcı Bilgi İşlem Birimine bizzat müracaat etmek zorundadır. Kullanıcı şifresi kesinlikle telefonla verilmez.

6.2. İşten Ayrılma

- Personel ilişik kesme belgesi ile bilgi işlem birimine başvurur. Personele ait kullanıcı adı bulunarak kullanıcı ayrılmış, kullanıcı sisteme giriş yapmasını çakları atılarak kullanıcı sistemde pasif hale getirilir. Kişiyeye özel manyetik kart alınarak, kart yetkileri kapatılır.
- Kullanıcıya açılmış kurum e-posta kapatılır. Kurum SMS lerinin gitmemesi için telefon kaydı silinir. Bu işlemden sonra Personel İlişik Kesme belgesinin Bilgi İşlem Birimine ait kısmı imzalanır.

7. İLGİLİ DOKÜMANLAR

HAZIRLAYAN	KONTROL EDEN	ONAYLAYAN
BİRİM KALİTE SORUMLUSU	KALİTE YÖNETİM DİREKTÖRÜ	DEKAN



T.C.
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ
DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ

Döküman Kodu : D.TA.TL.01

Yayın Tarihi : 19.01.2024

Revizyon No : 00

Revizyon Tarihi :

Sayfa No : 1/2

TIBBİ KAYIT VE ARŞİV HİZMETLERİ TALİMATI

1. AMAÇ :

Bu prosedürün amacı gelen dosyaların alınma, yerleştirilme ve muhafazası için gerekli standartlar ve koşulları belirlemek.

2. KAPSAM :

Dosyanın planı, arşive kabulü, arşive yerleştirilmesi, arşivden geri alınması imhası ve adli vaka dosyalarına ilişkin süreçleri kapsar.

3. KISALTMALAR :

4. SORUMLULAR :

Fakülte Sekreteri ve Personel Yazı İşleri Birimi

5. TANIMLAR :

6. FAALİYET AKIŞI :

Tıbbi kayıtlara ilişkin veri girişleri, fakültemizde klinik sekreterleri tarafından yapılmaktadır. Kurumuzda hastalara hasta tanıtım kartı verilmektedir. Bu kartlarda hastayla ilgili tüm veriler kayıt altındadır.

6.1. Arşiv Planı ve Yetkilendirme : Arşiv odasının girişinde arşiv planı asılıdır. Arşiv Planında kaç adet dolap olduğu ve içlerinde hangi dosyaların saklandığı belirtilmiştir.

6.1.1 Dosya ve diğer kayıtların, talepte bulunanlara verilmesinden, arşivin ısı ve nem takibinden, arşivden sorumlu memur görevlidir.

6.1.2 Temizlik işleri, fakültemiz temizlik personelleri tarafından yapılır. Temizliğin kontrol ve yaptırılma takibinden personel şefi sorumludur.

6.1.3 Arşivde yangın, su baskını, hırsızlık gibi durumlara karşı önlemler alınmasından yönetim sorumludur.

6.1.4 Haşere ve böcek basmasına karşı arşiv odasında yiyecek içecek bulundurulmaz, periyodik olarak kurumun ilaçlaması yapılmaktadır.

6.2. Dosyaların Arşive Teslimi, İçeriğinin Kontrolü, Kabulü ve Yerleştirilmesi :

6.2.1. Klinik hastalarına ait işlem rıza-onam formları standart dosya işlemleri uygulanarak arşivlenir.

6.2.2. Adli vaka dosyalarına dosyalama aşamasında dikkat edilir.

6.3. Kabul Edilen Dosyanın Teslimi ve Arşivden Geri Alımı :

6.3.1. Çalışmalar esnasında gizlilik esas alınır. Her ne sebeple olursa olsun hastalara ait dosyaların asılları arşivden çıkarılamaz. Gerekli durumlarda fotokopileri aslı gibidir yaptırdıktan sonra yetkili kişilere (kurum amiri, hastanın doktoru ve izin verdiği yetkili) teslim edilir.

6.3.2. Gerekliğinde görülmek ve incelenmek üzere, yönetmeliğe uygun şekilde belirtilen kişi ve kurumlara verilir. Arşive teslim edilen dosya veya evrakın aslı kesinlikle kurum dışına çıkarılamaz. Eğer kurum dışına çıkarılacaksa fotokopileri aslı gibidir yaptırdıktan sonra resmi yazı ile ilgili yerlere gönderilir.

6.3.3. Adli vaka dosyalarının resmi kurumlara (adliye v.b) resmi yazı ile istemleri sonucu istenen dosyaların fotokopileri aslı gibidir yapıldıktan sonra resmi yazı ile gönderilir.

HAZIRLAYAN

KONTROL EDEN

ONAYLAYAN

BİRİM KALİTE SORUMLUSU

KALİTE YÖNETİM DİREKTÖRÜ

DEKAN



T.C.
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ
DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ

Döküman Kodu	: D.TA.TL.01
Yayın Tarihi	: 19.01.2024
Revizyon No	: 00
Revizyon Tarihi	:
Sayfa No	: 2/2

TIBBİ KAYIT VE ARŞİV HİZMETLERİ TALİMATI

6.4. Arşive Yerleştirilen Dosyaların Korunması, Saklanması ve İmhası ile İlgili Usul ve Esaslar :

6.4.1. Evrakların saklanması için Resmi Gazete: 16.05.1988- 19816 Devlet Arşiv Hizmetleri Hakkında Yönetmelik esas alınır.

6.4.2. İmha edilmesine karar verilen evraklar Başhekim oluru ile kurulan bir komisyon tarafından belirlenir. Bu komisyonun amacı :

Arşivde gereksiz evrak ve malzemenin saklanmasını önlemek.

İş kaybına mani olmak, istenen evrak ve malzemeye kolay ulaşmayı sağlamak.

Arşiv araç-gereç ve alanları için yapılacak masrafları azaltmak.

Kurumda saklanacak arşivlik malzemeyi tespit etmektir.

6.5. Adli Vaka Dosyalarının Yönetimi :

6.5.1. Adli vaka dosyaları ayrı bir dolapta muhafaza edilir.

6.5.2. Adli vaka dosyaları dosyalama aşamasında adlidir kaşesi yapılır.

6.5.3. Adli vaka dosyalarının saklama süresi sınırsızdır.

6.5.4. Adli vaka dosyalarının aslı ve sureti hiçbir şekilde hasta yakınına teslim edilmez.

6.5.5. Adli vaka dosyalarının resmi kurumlara (adliye v.b) resmi yazı ile istemleri sonucu istenen dosyaların fotokopileri aslı gibidir yapıldıktan sonra 30 gün içinde yine resmi yazı ile gönderilir.

7. İLGİLİ DOKÜMANLAR :

HAZIRLAYAN	KONTROL EDEN	ONAYLAYAN
BİRİM KALİTE SORUMLUSU	KALİTE YÖNETİM DİREKTÖRÜ	DEKAN



T.C.
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ

Döküman Kodu	: D.TA.TL.02
Yayın Tarihi	: 19.01.2024
Revizyon No	: 00
Revizyon Tarihi	:
Sayfa No	: 1/2

HASTA DOSYASI HAZIRLAMA VE MUHAFAZA TALİMATI

1. AMAÇ :

Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi yataklı serviste tedavi gören hastalara açılan hasta dosyasının doldurulması ve kullanılması ile ilgili hususları belirlemek ve Arşiv hizmetlerinin sağlıklı bir şekilde yürütülmesini sağlamaktır.

2. KAPSAM :

Bu talimat hasta dosyasının Hastane içerisinde acil servis ve kliniklerde yatan hastalar için tedavi amaçlı, doktorlar için eğitim ve araştırma amaçlı kullanılması ve Hastane dışına çıkarılması gerekliliği durumunda uygulanacak prosedürü kapsar. Arşiv Birimi hasta dosyasının korunması ve kullanılmasından sorumludur.

3. KISALTMALAR :

4. SORUMLULAR :

Hasta dosyalarının içerikleri doktor ve hemşirenin, düzeni ise hemşire ve sekreterin sorumluluğundadır

5. TANIMLAR :

6. FAALİYET AKIŞI :

a. Hasta ve/veya yaralı için Hastane bünyesinde verilen tüm teşhis ve tedavi hizmetlerine ilişkin üretilen dokümanların tamamının hasta dosyasında tutulması esastır.

b. Hasta dosyasının hastanın eline verilmeden Arşiv – Sekreter – Doktor arasında dolaşımının sağlanması gerekir. Hasta dosyasının Hastaneye ait olduğu, ancak istek durumunda bir kopyasının hastaya, birinci derece yakınına veya vekiline verilebileceği konusunda hasta bilgilendirilmeli, hasta dosyasının Hastane dışına çıkışına izin verilmemelidir.

- » Hasta dosyaları sabit bir dosya numarası ile standart bir dosya içeriğine sahiptir.
- » Ayaktan ve yatan tüm hastaların tıbbi kayıtlarında, kuruma her başvuruda, belirlenen aynı sabit dosya numarası kullanılır.
- » Hastaların klinik durumuna ilişkin tüm tıbbi kayıtları belirlenen sabit dosya numarası üzerinden elektronik ya da kağıt ortamda geriye dönük erişilebilir.
- » Hasta dosyalarında, hastaya ait demografik bilgiler yer alır.

Hasta dosyasında hastanın;

- Adı, Soyadı
- Doğum tarihi
- Cinsiyeti
- İkametgah bilgileri
- Medeni durumu
- Eğitim durumu
- Hastanın yetki verdiği kişiler/takibini yapan yakını (kendisi, eşi, çocuğu, diğer)
- Şimdiki veya daha önceki mesleği bulunmalıdır.

- » Hasta dosyalarında, kişinin kurumda gördü tedaviye ilişkin tüm bilgiler yer alır.
- » Hasta dosyaları içerik, kayıtların tam ve tutarlı olması gibi hususlar açısından kontrolleri yapılarak arşivlenir.

HAZIRLAYAN	KONTROL EDEN	ONAYLAYAN
BİRİM KALİTE SORUMLUSU	KALİTE YÖNETİM DİREKTÖRÜ	DEKAN