



T.C.
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ
DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ

Doküman Kodu	: K.DY.PR.01
Yayın Tarihi	: 27.01.2024
Revizyon No	: 00
Revizyon Tarihi	:
Sayfa No	: 1/7

DOKÜMAN YÖNETİMİ PROSEDÜRÜ

1. AMAÇ:

Bu prosedürün amacı, Sağlıkta Kalite Standartları çalışmalarına esas olan dokümanların kontrolü, revizyonu, onaylanan dokümanların dağıtımı ve yürürlükten kalkanların toplanması esaslarını belirlemektir. Böylece dokümanların güncel olarak tutulması, geçerli olanların yürürlükte kalması, geçersiz olanların toplanması sağlanacaktır.

2. KAPSAM:

Bu prosedür, Erciyes Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Kalite Yönetim Sistemi dahilindeki dokümanları kapsar.

3. SORUMLULAR:

Bu prosedürün hazırlanması, güncelleştirilmesi, iptali, kontrollü dağıtılması, arşivlenmesi, vb.'den Üst Yönetim ve Kalite Yönetim Birimi, uygulanmasından; Fakülte bünyesinde görev yapan Birim Kalite ekip üyeleri ve tüm personel sorumludur.

4. TANIMLAR:

Hastane/ADSM: Erciyes Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi

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.



T.C.
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ

Döküman Kodu : K.DY.PR.01
Yayın Tarihi : 27.01.2024
Revizyon No : 00
Revizyon Tarihi :
Sayfa No : 2/7

5. FAALİYET AKIŞI:

SKS Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri (S.4) Kodlama Sistematiği

BOYUTLAR	KOD
Kurumsal Hizmetler	K
Hasta ve Çalışan Odaklı Hizmetler	H
Sağlık Hizmetleri	S
Destek Hizmetler	D
Gösterge Yönetimi	G

5.1. Sağlık Tesisimizde bölümlere göre kodlamalar aşağıdaki gibidir.

BÖLÜMLER	KOD	BÖLÜMLER	KOD
Kurumsal Yapı	KU	Enfeksiyonların Önlenmesi ve Kontrolü	EN
Kalite Yönetimi	KY	Temizlik, Dezenfeksiyon ve Steril. Hiz.	DS
Döküman Yönetimi	DY	Radyasyon Güvenliği	RG
Risk Yönetimi	RY	Diş Protez Laboratuvarı Hizmetleri	DP
Kurumsal Verimlilik	KV	Ameliyathane	AH
İstenmeyen Olay Bildirim Sis	İO	Evde Sağlık Hizmetleri	ES
Afet ve Acil Durum Yönetimi	AD	Tesis Yönetimi	TY
Eğitim Yönetimi	EY	Otelcilik Hizmetleri	OH
Sosyal Sorumluluk	SS	Bilgi Yönetim Sistemi	BY
Hasta Deneyimi	HD	Malzeme ve Cihaz Yönetimi	MC
Hizmete Erişim	HE	Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri	TA
Sağlıklı Çalışma Yaşamı	SÇ	Atık Yönetimi	AY
Hasta Bakımı	HB	Diş Kaynak Kullanımı	DK
İlaç Yönetimi	İY	Göstergelerin İzlenmesi	Gi



T.C.
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ
DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ

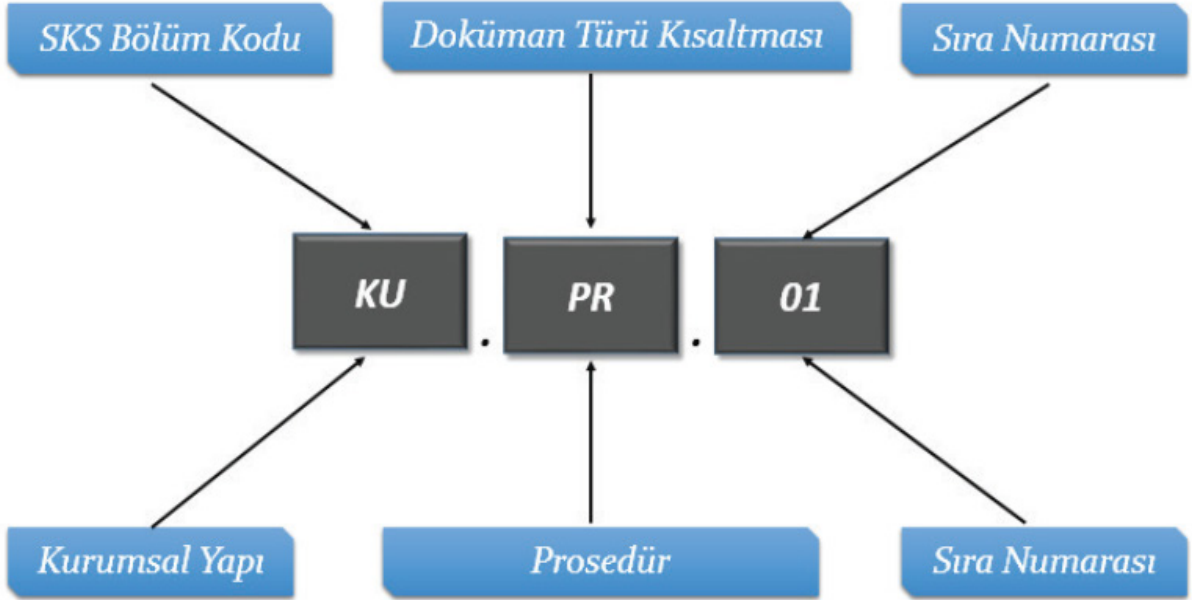
Döküman Kodu : K.DY.PR.01
Yayın Tarihi : 27.01.2024
Revizyon No : 00
Revizyon Tarihi :
Sayfa No : 3/7

5. FAALİYET AKIŞI:

Sağlık Tesisimizdeki doküman türlerine ait kodlamalar aşağıdaki gibidir.

Prosedür	PR	Dokümantasyon Prosedürü
Talimat	TL	Toplantı Talimatı
Form	FR	5 Endikasyon Kuralı Gözlem Formu
Plan	PL	Öz Değerlendirme Planı
Rehber	RH	Genel ve Bölüm Uyum Rehberleri
Liste	LS	Yüksek Riskli İlaç Listesi
Rıza Belgesi	RS	Enjeksiyon Rıza Belgesi
Yardımcı Doküman	YD	El Hijyeni 5 Endikasyon, İlaç İmha Tutanağı, Toplantı Tutanaqları

ÖRNEK: Aşağıda 001 nolu Dokümantasyon Prosedürünün kodlandırılması görülmektedir.





T.C.
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ
DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ

Doküman Kodu	: K.DY.PR.01
Yayın Tarihi	: 27.01.2024
Revizyon No	: 00
Revizyon Tarihi	:
Sayfa No	: 4/7

5. FAALİYET AKIŞI:

5.2. Dokümanların Hazırlanması: Hizmetlerin yürütülmesinde esas olan çalışma talimatları, formlar, prosedürler ve diğer dokümanlar aşağıda verildiği şekilde hazırlanır. Tüm kodlamalar (prosedür, talimat, rıza belgesi, form, plan vb.) yukarıdaki şekildedir.

5.2.1. Hazırlanan dokümanlarda Dokümantasyon Rehberi doğrultusunda asgari; dokümanın adı, kodu, yayın tarihi, revizyon numarası, revizyon tarihi, sayfa numarası bölüm, hazırlayan, kontrol eden ve onaylayan kısmı bulunmalıdır.

5.2.2. Talimatlar ve Proaedürlerin Hazırlanması; Prosedürlerde ve talimatlarda 6 temel başlık bulunur:

- * **Amaç:** Bu bölümde talimatın/prosedürün hangi amaçla hazırlandığı yazılır.
- * **Kapsam:** Bu bölüm hazırlanan talimatın/prosedürün sınırlarını belirler. Talimatın/prosedürün hangi faaliyetleri veya hangi hizmet bölümlerini kapsadığı belirlenir.
- * **Kısaltmalar:** Talimat/prosedürde geçen ve kısaltması kullanılan kavramların listesi sıralanır.
- * **Tanımlar:** Talimatın/prosedürün faaliyet akışı bölümünde yer alan ve açıklanmasında fayda olacağı düşünülen kavramlar tanımlanır.
- * **Sorumlular:** Talimat/prosedürü Prosedürü bilme, uygulama ve talimat/prosedür ile belirlenen faaliyetleri kontrol etme görevi olan tüm sorumlular sıralanır.
- * **Faaliyet Akışı:** Talimatın/prosedürün faaliyet akışı bölümünde aşağıdaki işlem basamakları izlenir.

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

5.2.3. Rehberlerin Hazırlanması; Rehberler kurumların çalışanları ya da kurumdan hizmet alan kişiler için yol gösterme ve bilgilendirme amaçlı oluşturulan dokümandır. Hazırlama adımları;

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. Kurumun daha önce oluşturmuş olduğu dokümanlardan derlenerek oluşturulan rehberlerin kullanıcıya hiçbir fayda sağlamayacağı aşikardır. Rehberlerin bu şekilde oluşturulmasından kaçınılmalı, kullanıcının gerçekten faydalanabileceği, sade ve anlaşılır rehberlerin hazırlanması hususuna dikkat edilmelidir.

5.2.4. Planların Hazırlanması; Planlama, gelecekte gerçekleştirilecek faaliyetlerin bugünden belirlenmesidir. Gerçekleştirilmesi düşünülen faaliyetlerin arzulan şeklide sonuçlandırılabilmesi iyi bir planlama gerektirir. Bu yüzden SKS'nin bazı standartlarında kurumun planlar oluşturması ve bu planlar doğrultusunda faaliyetlerini gerçekleştirmesi istenmektedir. Planlara örnek; "Öz Değerlendirme Planı" "Tıbbi Cihazların Bakım ve Kalibrasyon Planları" "Bölüm Bazında Temizlik Planı" "Acil Durum ve Afet Planı"

Aşağıdaki soruların cevapları uygun formatlarda bir araya getirilerek plan oluşturulmalıdır.

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



T.C.
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ
DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ

Döküman Kodu	: K.DY.PR.01
Yayın Tarihi	: 27.01.2024
Revizyon No	: 00
Revizyon Tarihi	:
Sayfa No	: 5/7

5. FAALİYET AKIŞI:

5.2.5. Rıza Belgelerinin Hazırlanması;

Hazırlanacak rıza belgeleri asgari aşağıdaki başlıkları içermelidir.

- İşlemin kim tarafından yapılacağı
- İşlemden beklenen faydalar
- İşlemin uygulanmaması durumunda karşılaşılabilecek sonuçlar
- Varsa işlemin alternatifleri
- İşlemin riskleri ve komplikasyonları
- İşlemin tahmini süresi
- Hastanın adı, soyadı ve imzası
- İşlemi uygulayacak hekimin adı, soyadı, unvanı ve imzası
- Rızanın alındığı tarih ve saat

Yukarıdaki başlıklar altında hazırlanan içerik mümkün olduğunca hasta tarafından anlaşılabilir bir dilde ve öz bilgiler içerecek şekilde hazırlanmalıdır.

5.2.6. Dış Kaynaklı Dokümanların yönetimi hakkında DY.LS.005 Dış Kaynaklı Dokümanların Listesi düzenlenmiş olup, DY.PR.003 Dış Kaynaklı Dokümanların Takibi ve Kontrolü Prosedürü 'nde belirtilmiştir.

5.2.7. Her bölümün Bölüm Kalite Sorumlusu kendi bölümü için kalite dokümanlarının zamanında hazırlanmasından ve Kalite Yönetim Birimine ulaştırılmasından sorumludur. Bölümler tarafından hazırlanan dokümanların birbirleriyle ilişkiler yönünden incelenip, bir koordinasyon sağlanmasından ve takibinden Kalite ve Verimlilik Yönetim Birimi sorumludur.

5.2.8. Kalite Yönetim Birimi tarafından gerekli görülen dokümanlar, ilgili Bölüm Kalite Sorumlusu ve bölüm çalışanları tarafından hazırlanır, Kalite Yönetim Direktörü tarafından kontrol edilir. Dekan tarafından onaylanır.

5.3. Doküman Kontrolü ve Dağıtım: Yeterlilik açısından onaylanan dokümanlar hastane intranet/otomasyon programına yüklenir. Ayrıca dokümanın elektronik ortamda dağıtım yapıldığına dair DY.LS.004 Nolu Doküman Dağıtım/Toplama/Revizyon Takip Formu ilgili birim sorumlusuna imzalatılır. İlk dağıtım esnasında, prosedür ve talimat eklerinde verilen form, tablo ve planlar için ayrıca dağıtım kaydı tutulmaz. Bu dokümanlar ancak revizyon edildikleri takdirde yeni revizyonları dağıtılırken DY.LS.004 Nolu Doküman Dağıtım/Toplama/Revizyon Takip formu ile gönderilir ve bu form ile takip edilir. Dokümantasyon biriminde tutulan ıslak imzalı kayıtlara sadece ilgili birimin bölüm kalite sorumlusu ulaşabilir. Başka birim personeli ulaşmak istediğinde Kalite Yönetim Direktörüne bir yazı ile müracaat eder. Kalite Yönetim Direktörü uygun görürse aynı yazının altına imzasını atarak onaylar ve dokümantasyon birimi bu onaylı yazıyı gördükten sonra ilgili kişiye istediği dokümanın orijinalinden çoğaltıp mavi renkli BİLGİ İÇİNDİR ve kırmızı renkli ÇOĞALTILAMAZ kaşelerini vurarak ilgili kişiye DY.LS.006 Nolu Doküman Dağıtım/Toplama/Revizyon Takip Formu ile gönderir ve bu form ile takip eder. Dokümanlar bölümlere çıktı olarak da verilebilir ve aynı prosedür uygulanır.

5.4. Bu kaşeler dokümanların hastane dışına çıkarılmasını, habersiz çoğaltılmasını önlemek amacıyla dokümantasyon birimi tarafından vurulur. Kaşeleri vurma yetkisi sadece Dokümantasyon birimine aittir.



T.C.
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ
DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ

Doküman Kodu	: K.DY.PR.01
Yayın Tarihi	: 27.01.2024
Revizyon No	: 00
Revizyon Tarihi	:
Sayfa No	: 6/7

5. FAALİYET AKIŞI:

5.5. Dokümanlardaki Değişiklikler ve Dağıtım İle Yapılacak İşler:

5.5.1. Tüm birimler Kalite Yönetim Biriminden DY.LS.007 Nolu Doküman Değişiklik Talep Formu ile değişiklik talebinde bulunabilirler. Talep edilen değişiklik Başhekim, Kalite ve Verimlilik Yönetim Direktörü ve ilgili birimle koordine kurularak gözden geçirilir. Uygun görülmesi halinde değişiklik yapılarak dokümanın yayınlanması sağlanır.

5.5.2. Yeni dokümanlar intranet/otomasyon aracılığı ile ulaştırılır. DY.LS.006 nolu Doküman Dağıtım /Toplama/ Revizyon Takip Formu ilgili birim sorumlusuna imzalatılır.

5.5.3. Kalite Yönetim Birimi, revizyonu (değişikliği) yapılan dokümanın son halini orijinal doküman olarak arşivinde muhafaza eder. Eski dokümanlar intranet/otomasyondan kaldırılır. Orijinal nüshası ise dokümantasyon birimi tarafından kırmızı renkli "İPTAL EDİLMİŞTİR" kaşesi vurulduktan sonra bütün doküman yeniden yayınlanana kadar saklanır.

5.5.4. Yapılan revizyonlar doküman üzerinde koyu ve italik harflerle yazılır.

5.5.4.1. Form şablonu değiştiği takdirde revizyon yapılır. Formlar elle veya bilgisayarda doldurulabilir. Doldurulan bilgilerdeki değişiklikler için revizyon tarihi ve numarası gerekmez.

5.5.4.2. Depo yerleşiminin değişmesi halinde yeni depo yerleşim planı hazırlanarak eski depo yerleşim planı iptal edilir.

5.5.4.3. Organizasyon şeması değiştirilmesi gerektiğinde eskisi iptal edilerek yeni yayın olarak sisteme dahil edilir.

5.5.4.4. Önceki yıla ait Makine Cihaz Listesi, Makine Cihaz Periyodik Takvimi, Kalite Hedef Strateji Planı, vb. iptal edilerek yeni yayın olarak sisteme dahil edilir.

5.5.5. Prosedür, talimat ve formlarda yapılan revizyonlar DY.LS.008 Doküman Revizyon Formu işlenerek takip edilir.

5.5.6. DY.LS.006 Genel Doküman Takip Listesi ile doküman yönetim sistemimiz kapsamında kullanılan tüm dokümanları güncellemeleri ile birlikte takip edilmektedir.

5.6. Dokümanların güncelliği ve içerik bakımından her yıl düzenli olarak yapılan öz değerlendirmeler esnasında değerlendirici ekip tarafından gözden geçirilir. Varsa ihtiyaç duyulan değişiklikler Kalite ve Verimlilik Yönetim Birimine bildirilerek revizyon işlemi gerçekleştirilir.

5.7. Dokümanların en son tarihli ve onaylı olanlarının kullanılıp kullanılmadığının takibi öz değerlendirme sırasında veya kalite gezilerinde yapılır.

5.8. Tüm birimler, birimlerdeki bütün dokümanların düzenli ve güncel olarak muhafazasından sorumludur.

5.9. Intranet/otomasyonda paylaşım açılan dokümanlar ilgili personeller tarafından erişilebilir, okunabilir, çıktı alınabilir ancak hiçbir şekilde değişiklik yapmasına izin verilmez. Değişiklik yapmasını önlemek amacıyla gerekli önlemler alınmıştır. Bu dokümanlardan çıktı alınan ve kontrolsüz olan dokümanların sorumluluğu çıktı alan personel-dedir. Bu dokümanın Kalite Yönetim Sistemi açısından herhangi bir geçerliliği yoktur. Orijinalleri ise dokümantasyon birimi tarafından ilgili dosyalarında dosyalanır.

5.10. Ayrıca sistem içerisinde tarif edilmiş kalite kayıtları DY.PR.002 Nolu Kayıtların Kontrolü Prosedürüne göre kontrol altına alınır.



T.C.
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ

Döküman Kodu	: K.DY.PR.01
Yayın Tarihi	: 27.01.2024
Revizyon No	: 00
Revizyon Tarihi	:
Sayfa No	: 7/7

6. İLGİLİ DÖKÜMANLAR:

- 6.1. DY.LS.006 Genel Doküman Takip Listesi
- 6.2. DY.FR.001 Döküman Revizyon Formu
- 6.3. DY.FR.002 Doküman Değişiklik Talep Formu
- 6.4. DY.LS.009 Genel Doküman Takip Listesi
- 6.5. DY.PR.002 Kayıtların Kontrolü Prosedürüne
- 6.6. DY.PR.003 Dış Kaynaklı Dokümanların Takibi ve Kontrolü Talimatı
- 6.7. DY.LS.005 Dış Kaynaklı Dokümanların Listesi
- 6.8. DY.LS.004 Döküman Dağıtım Toplama Revizyon Listesi