



DOKÜMAN HAZIRLAMA PROSEDÜRÜ

DOKÜMAN NO	DY.PR.01
YAYIN TAR H	22.10.2012
REV ZYON NO	02
REV ZYON TAR.	18.04.2016
SAYFA	1 / 5

- 1. AMAÇ:** Bu prosedürün amacı, Hastanemizde uygulanan Sağlık Kalite Standartları (SKS) çerçevesindeki dokümanların hazırlanması, kontrol edilmesi, onaylanması, yayınlanması, da ıtımı, revizyonu, imhası ve dı kaynaklı dokümanların kontrolü ile ilgili metotların belirlenmesine yönelik bir sistem olu turmaktır.
- 2. KAPSAM:** Bu prosedür, Hastanemizde Sağlık Kalite Standartları (SKS) ve Kalite Yönetim Sistemi çerçevesinde yayınlanan dokümantasyonu kapsamaktadır.
- 3. KISALTMALAR:**
 - SKS: Sağlık Kalite Standartları
 - Hastanemizde kullanılan tüm dokümanlara bir kısaltma kodu verilir. Hastanemizde yayınlanan dokümanlar ve bölümler kısaltma kodları ile yayınlanır.

Doküman Kısaltmaları

DOKÜMAN TÜRÜ	KODU
Prosedür	PR
Talimat	TL
Form	FR
Plan	PL
Rehber	RH
Liste	LS
Rıza Belgesi	RB
Yardımcı Doküman	YD

Bölüm Adları Kısaltmaları

BÖLÜM ADI	KODU
Kurumsal Yapı	KU
Kalite Yönetimi	KY
Doküman Yönetimi	DY
Risk Yönetimi	RY
Güvenlik Raporlama Sistemi	GR
Acil Durum ve Afet Yönetimi	AD
E itim Yönetimi	EY
Sosyal Sorumluluk	SS
Hasta Deneyimi	HD
Hizmete Eri im	HE
Ya am Sonu Hizmetler	YS
Sa lıklı Çalı ma Ya amı	SÇ
Hasta Bakımı	HB
İa ç Yönetimi	Y
Enfeksiyonların Önlenmesi	EN
Sterilizasyon Hizmetleri	SH
Transfüzyon Hizmetleri	TH
Radyasyon Güvenli i	RG
Acil Servis	AS
Ameliyathane	AH
Yo un Bakım Ünitesi	YB



DOKÜMAN HAZIRLAMA PROSEDÜRÜ

DOKÜMAN NO	DY.PR.01
YAYIN TAR H	22.10.2012
REV ZYON NO	02
REV ZYON TAR.	18.04.2016
SAYFA	2 / 5

Yenido an Yo un Bakım Ünitesi	YD
Do um Hizmetleri	DH
Diyaliz Ünitesi	D
Psikiyatri Hizmetleri	PS
Biyokimya Laboratuvarı	BL
Mikrobiyoloji Laboratuvarı	ML
Patoloji Laboratuvarı	PL
Doku Tipleme Laboratuvarı	DL
Tesis Yönetimi	TY
Otelcilik Hizmetleri	OH
Bilgi Yönetimi	BY
Malzeme ve Cihaz Yönetimi	MC
Tıbbi Kayıt ve Ar iv Hizmetleri	TA
Atık Yönetimi	AY
Dı Kaynak Kullanımı	DK
Göstergelerin zlenmesi	G
Bölüm Bazlı Göstergeler	GB...
Klinik Göstergeler	GK...

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.

Plan: Hedeflenen bir amaca ulaşmasını sağlayacak adımlardan oluşan; neyi, ne zaman, niçin ve nasıl yapacağını gösteren dokümandır.

Rıza Belgesi: Uygulanacak tıbbi işleme ilişkin, işlemi yapacak sağlık personeli tarafından hastaya aktarılan bilgilerin yer aldığı ve hastanın rızasını almak için oluşturulmuş dokümanlardır.

Dı Kaynaklı Doküman: Kurumun kendisi tarafından hazırlanmayan faaliyetlerin gerçekleştirilmesinde kullanılan dokümandır. (tüzükler, yönergeler, standartlar, kullanım kılavuzları vb.)

Form: istenilen veri veya bilgilerin yazılması, doldurulması için hazırlanmış dokümandır.

Liste: Benzer öğelerin ardışık sıralandığı dokümandır.

Yardımcı Doküman: Prosedür, Talimat, Rehber, Form, Plan, Liste, Rıza Belgesi ve Dı Kaynaklı dokümanların dışında kalan veya bu dokümanları destekleyici nitelikteki dokümandır. (Politika, Protokol, Görev Tanımları, Akıllı, Tutanaklar vb.)

Dökümanın Adı: Dökümanın ilgili konuyu ifade eder.

Dökümanın Kodu: Dökümanın izlenebilirliğini sağlayan, kurum tarafından döküman yönetim sistemi kurallarına uygun olarak oluşturulan tanımlama sistemini ifade eder.

Yayın Tarihi: Dökümanın yürürlüğe girdiği tarihi ifade eder.

Revizyon Tarihi: Dökümanın en son güncellendiği tarihi ifade eder.

Revizyon Numarası: Dökümanın kaç kez güncellendiğini ifade eder.

5.SORUMLULAR:

- Baş hekim



DOKÜMAN HAZIRLAMA PROSEDÜRÜ

DOKÜMAN NO	DY.PR.01
YAYIN TAR H	22.10.2012
REV ZYON NO	02
REV ZYON TAR.	18.04.2016
SAYFA	3 / 5

- Kalite Yönetim Direktörü
- Ba müdür
- Kalite Yönetim Birimi Sorumlusu
- Müdürlükler
- Bölüm Sorumluları

6.FAAL YET AKI I:

6.1. Dökümanların Sınıflandırılması:

6.1.1.Prosedürler: Kaliteyi etkileyen bir i i; yöneten, gerçekle tiren, do rulayan, gözden geçiren personelin ili kilerini, yetkilerini, sorumluluklarını ilgili aktivitelerde yeterli kontrolü sa layacak kadar detayla tanımlayan nerede-kim tarafından-nasıl-ne zaman yürütülece ini ve gerekti inde nasıl kontrol edilece ini açıklayan yazılı dökümanlardır. Prosedür içeri inde a a ıdaki ba lıklar yer alır.

1. Amaç: Prosedürün hangi amaçla hazırlandı ı yazılır.
2. Kapsam: Prosedürün sınırlarını belirler. Prosedürün hangi faaliyetleri veya hangi hizmet bölümlerini kapsadı ı belirlenir.
3. Kısaltmalar: Prosedürde geçen ve kısaltması kullanılan kavramların listesi sıralanır.
4. Tanımlar: Prosedürün faaliyet akı ı bölümünde yer alan ve açıklanmasında fayda olaca ı dü ünülen kavramlar tanımlanır.
5. Sorumlular: Prosedürü bilme, uygulama ve prosedür ile belirlenen faaliyetleri kontrol etme görevi olan tüm sorumlular sıralanır.
6. Faaliyet Akı 1: Prosedürün faaliyet akı ı bölümünde a a ıdaki i lem basamakları izlenir.
 - 1.Adım: in ba ladı ı andaki ilk faaliyetten ba lanarak tüm faaliyetler sıralanır.
 - 2.Adım: Her faaliyet için; “Ne? Neden? Ne zaman? Nerede? Nasıl? Kim?” sorularından uygun olanların cevabı aranır.
 - 3.Adım: Alınan cevaplar bir anlam bütünlü ü içerisinde cümlelere dönü türülerek prosedür hazırlanır.
 - 4.Adım: lem basamakları içerisinde yer alan bir faaliyet ba ka bir doküman yazmayı gerektirecek kadar uzunsa veya bu faaliyet için daha önce bir doküman hazırlandıysa prosedürde bu dökümana atıf yapılır.
7. İlgili Dökümanlar: Doküman içinde referans verilerek atıfta bulunulan dökümanlar,

6.1.2.Talimatlar: Talimatlar tek bir faaliyetin nasıl gerçekle ti ini anlatan dökümanlar olup, hazırlama ekli prosedür ile aynıdır.

6.1.3. Rehberler: Rehberler hastanemizde çalı anlar ve hizmet alanları için yol gösterme ve bilgilendirme amaçlı olu turulur. Rehber hazırlama adımları u ekildedir:

- 1.Adım: Rehberin içeri indeki konular belirlenir.
- 2.Adım: çerikteki konular hakkında bilgilere yer verilir.
- 3.Adım: Bilgi metin ve görsel anlamda bir araya getirilerek rehber hazırlanır.

Bazı rehberler hastanemiz tarafından hazırlanmaz. Bu rehberler dı kaynaklı doküman niteli indedir.

6.1.4. Planlar: Planlar gelecekte gerçekle tirilecek faaliyetlerin önceden belirlenmesidir. Planda;

- Ne
- Ne zaman
- Nasıl
- Nerede
- Kim tarafından
- Hangi sürede

sorularının cevabına uygun format olu turulur. Plan tablo veya metin ekinde olu turulabilir.

6.1.5. Rıza Belgesi: A a ıdaki ba lıklar altında hazırlanır.

- lemin kim tarafından yapılaca ı



DOKÜMAN HAZIRLAMA PROSEDÜRÜ

DOKÜMAN NO	DY.PR.01
YAYIN TAR H	22.10.2012
REV ZYON NO	02
REV ZYON TAR.	18.04.2016
SAYFA	4 / 5

- lemeden beklenen faydalar
- lemin uygulanmaması durumunda kar ıla ılabilecek sonuçlar
- Varsa i lemin alternatifleri
- lemin riskleri ve komplikasyonları
- lemin tahmini süresi
- Kullanılacak ilaçların önemli özellikleri
- Hastanın sa lı ı için kritik olan ya am tarzı önerileri
- Gerekti inde aynı konuda tıbbi yardıma nasıl ula abilece i
- Hastanın adı, soyadı ve imzası
- lemi uygulayacak hekimin adı, soyadı, unvanı ve imzası
- Rızanın alındı ı tarih ve saat

Yukarıdaki ba lıklar altında hazırlanan içerik mümkün oldu unca hasta tarafından anla ılabilecek bir dilde ve öz bilgiler içerecek ekilde hazırlanmalıdır.

6.1.6. Dı Kaynaklı Doküman:

- Hastanemizde bulunan Dı kaynaklı dokümanlar, Dı Kaynaklı Dokümanlar Listesi'ne kaydedilir. Dı kaynaklı dokümanlar, Hastanenin i leyi i ve çalı malarını etkileyebilecek olan kanun, tüzük, yönetmelik, yönerge, genelge, Sa lık Kalite Standartları yazı ma vb... belgeleri içerir. Bu dokümanların konu ile ilgili departman yetkili veya sorumluları bu dokümanları güncel tutmakla yükümlüdür. Yeni tarihli dı kaynaklı doküman bir önceki eski tarihliyi iptal etmi olmaktadır.
- Hastanemizde kullanılan dı kaynaklı dökümanlar Sa lık Bakanlığı, Resmi Gazete ve UYAP sitelerinden takip edilerek yılda 1 kez güncellenir. (Güncelleme Aralık ayının sonunda yapılır. De i iklikler varsa kaydedilir.)

6.2.Dökümanların Kodlanması:

- Hastanemizin dokümantasyon yapısı standart olup verilen doküman numaraları ve kodları bütünlük içindedir.
- Tüm dökümanlar kısaltmalar bölümünde yer alan kodlamaya göre kodlanarak hazırlanır. SKS'de yer almayan bölümler için hastanemiz benzer yöntemle kod belirleyebilmektedir.
- Tüm dokümanlar, Kalite Yönetim Birimi, ilgili bölüm sorumluları, SKS kapsamındaki ilgili ekipler ve hastane çalı anlarının katkısı ile hazırlanır ve Kalite Yönetim Direktörü tarafından kontrol edildikten sonra Ba hekim tarafından onaylanır ve yürürlü e girer.
- **Doküman ablonu:** Yazılı dokümanın üzerinde Kurum Logosu, Yazılı Düzenlemenin Adı, Yazılı Dökümanın no, Yayın Tarihi, Revizyon Numarası, Revizyon Tarihi, Sayfa Numarası, Yazılı düzenlemeyi hazırlayan, kontrol eden ve onaylayanın imzası bulunur.

Hastane Logosu	Doküman Adı	DOKÜMAN NO	
		YAYIN TAR H	
		REV ZYON NO	
		REV ZYON TAR H	
		SAYFA	

HAZIRLAYAN	KONTROL EDEN	ONAYLAYAN
------------	--------------	-----------

- Basılı olarak kullanılan tüm formlar için belirtilen format artları geçerlidir.



DOKÜMAN HAZIRLAMA PROSEDÜRÜ

DOKÜMAN NO	DY.PR.01
YAYIN TAR H	22.10.2012
REV ZYON NO	02
REV ZYON TAR.	18.04.2016
SAYFA	5 / 5

6.3.Dökümanların Ula ılabilirli i:

- Orijinal dokümanlar (Islak imzalı) sistemli bir dosyalama ile Kalite Yönetim Biriminde muhafaza edilir. Basılı Kontrollü Dökümanlar ilgili bölümlere imza kar ılı ı ula tırılır.
- SKS do rultusunda yapılan çalı maları gösterir kayıt nitelikli dokümanlar da (Düzeltilici-Önleyici Faaliyet Formları, Toplantı Tutanakları vb. gibi) orijinal nitelikteki dokümanlar gibi Kalite Yönetim Biriminde muhafaza edilir.

6.4.Döküman De i iklikleri:

- Kullanılan yazılı düzenlemeler uygulamada meydana gelen de i iklik ve yenilikler durumunda güncellenir. Güncellemede, dokümanın ilk hazırlanmasında uyulması gereken tüm kurallara uyulur. Dokümanlarda de i iklik veya iptal edilmesi istendi inde birim sorumlusu Kalite Sistemi Dökümantasyon Talep Formu ile Kalite Yönetim Birimine iste ini bildirir. De i iklik talebi uygun görülmü ise dokümanın orijinalini hazırlayan birim tarafından de i iklik tasla ı yazılır ve Kalite birimi tarafından de i iklik gerçekleştirilir.
- Dokümanlardaki de i iklikler revizyon no ve revizyon tarihi ile takip edilir. İlk yayınlar (00) revizyon no ile yayınlanır. Her de i iklik oldu unda revizyon no 1 artarak devam eder. Revizyon tarihi kısmına revizyon yapılan tarih yazılır.
- Her çe it doküman için doküman numarası 01'den ba lar ve bir artarak son dokümana kadar devam eder. E er ara numaralarda yayınlandıktan sonra iptal edilen doküman olursa bu dokümanın sıra no'su dokümanın iptalinden sonra yayınlanacak ilk dokümana verilir.
- Hastanemizde yayınlanan dokümanların tamamı Güncel Doküman Listesine kayıt edilirler. Dokümanlarda herhangi bir revizyon oldu unda güncel bilgiler bu listeye kayıt edilir. Güncel Doküman Listesinde bulunan bilgiler en son revizyon durumudur. Bu liste her zaman günceldir.
- Dokümanların da ıtımı basılı "Kontrollü Doküman" kopyası çekilerek ilgili birimlere ula tırılır.
- Revizyon yapılan dokümanın birimlerden toplanması ve yenilerinin da ıtımı Kalite Yönetim Birimi tarafından gerçekleştirilir.
- Güncellenen doküman ile ilgili gerekti inde ilgili ki ilere doküman sorumlusu tarafından e itim verilir.
- Dökümanlar yılda bir kez gözden geçirilerek kontrol edilir.

6.5.Dökümanların Geçerlili inin Sona Ermesi: Dökümanı hazırlayan birim tarafından dökümanın geçerlili i sona erdirilebilir. Geçerlili i sona ermi olan döküman Kalite Yönetim Birimi tarafından toplatılır ve üzerine "Geçersiz Doküman" ka esi vurularak geçersiz doküman klasörüne konur. Dokümanın eski versiyonları, de i imin takip edilebilmesi açısından Kalite Yönetim Birimince ar ivlenir.

7. LG L DÖKÜMANLAR

- Güncel Doküman Listesi
- Dı Kaynaklı Doküman Listesi
- Düzeltilici - Önleyici Faaliyet Formu
- Kalite Sistemi Dokümantasyon Talep Formu

HAZIRLAYAN KAL TE YÖNET M B R M SORUMLUSU	KONTROL EDEN KAL TE YÖNET M D REKTÖRÜ	ONAYLAYAN BA HEK M
---	--	-----------------------