

## 1.AMAÇ

Hastanemiz işleyişine bağlı oluşturulacak tüm yazılı belgelerin Sağlık Bakanlığının belirlediği SKS (Sağlıkta Kalite Standartları)'na uygun olarak düzenlenmesini, hazırlanan belgelerin takibini ve kurumsal dokümanlar da bir standardizasyonun sağlanmasını, böylece işlerin daha verimli ve faydalı şekilde yürütülmesini, işe yeni başlayan ve yer değiştiren kişilerin işleyişi öğrenmesini amaçlamaktadır.

## 2.KAPSAM

Hastanenin tüm birimlerini kapsar ve tüm birimlerde uygulanır.

## 3.KISALTMALAR

**SKS:** Sağlıkta Kalite Standartları

**KYD:** Kalite Yönetim Direktörü

**HBYS:** Hastane Bilgi Yönetim Sistemi

**HKYB:** Hastane Kalite Yönetim Birimi

## 4.TANIMLAR

**Doküman:** Bilginin yer aldığı yazılı belgedir.

**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:** Kurum 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.

**Envanter:** Bir durumu gösteren çizelge veya mal ve değerlere ait dökümdür

**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.

## 5.SORUMLULAR

Doküman yönetim prosedürünün uygulanmasından bölüm kalite sorumluları ve kalite yönetim birimi sorumlu olup tüm hastane personeli sorumludur.

## 6.FAALİYET AKIŞI

### 6.1. Dokümanların Hazırlanışı:

Hastanemiz dokümanları dokümantasyon sorumlusu ve ilgili birim kalite sorumluları tarafından hazırlanır. Kalite yönetim direktörü tarafından kontrol edilir ve başhekim tarafından onaylanır. Yazılı düzenlemelerimizin öz bilgileri içermesine, net ve anlaşılır olmasına dikkat edilir. Dokümanlarımız hastane içerisindeki uygulamaları yansıtır.

#### 6.1.1 Doküman Yazım Kuralları :

Doküman Yazım Kuralları ve formatı Doküman Yönetimi prosedürüne uygun olarak hazırlanır.

#### 6.1.2 Sayfa Yapısı :

##### 6.1.2.1 (A4 formatı):

Üst: 1 cm      Alt: 1,5 cm

Sağ: 2 cm      Sol: 2 cm

Üst Bilgi: 1 cm

Alt Bilgi: 0,5      →      **XX.QQ.00/Rev00/ \_\_/\_\_/202\_**

- 9 punto
- 1 karakter boşluk var
- Dokümanın bütün sayfalarında bulunur.

**Başlık Puntosu:** 12 (Formlarda ve planlarda değişebilir)

**Yazı:** Calibri

**Düz yazı Puntosu:** 11 (Formlarda ve planlarda değişebilir)

**Not:** Sayfa yapısı formlarda ve planlarda değişebilir.

### 6.1.2.2 (A<sub>5</sub> Formatı):

Üst: 1 cm Alt: 1,5 cm

Sağ: 2 cm Sol: 2 cm

Üst Bilgi: 1 cm

Alt Bilgi: 0,5 → **XX.QQ.00/Rev00/ \_\_/\_\_/202\_**

- 9 punto
- 1 karakter boşluk var
- Dokümanın bütün sayfalarında bulunur.
- Dokümanın yapısına göre sayfanın en alt kısmında sağa yaslı bir şekilde Doküman Kodu, Revizyon Numarası ve Tarihin olduğu alan oluşturulur.

**Başlık Puntosu:** 11 (Formlarda ve tablolarda değişebilir)

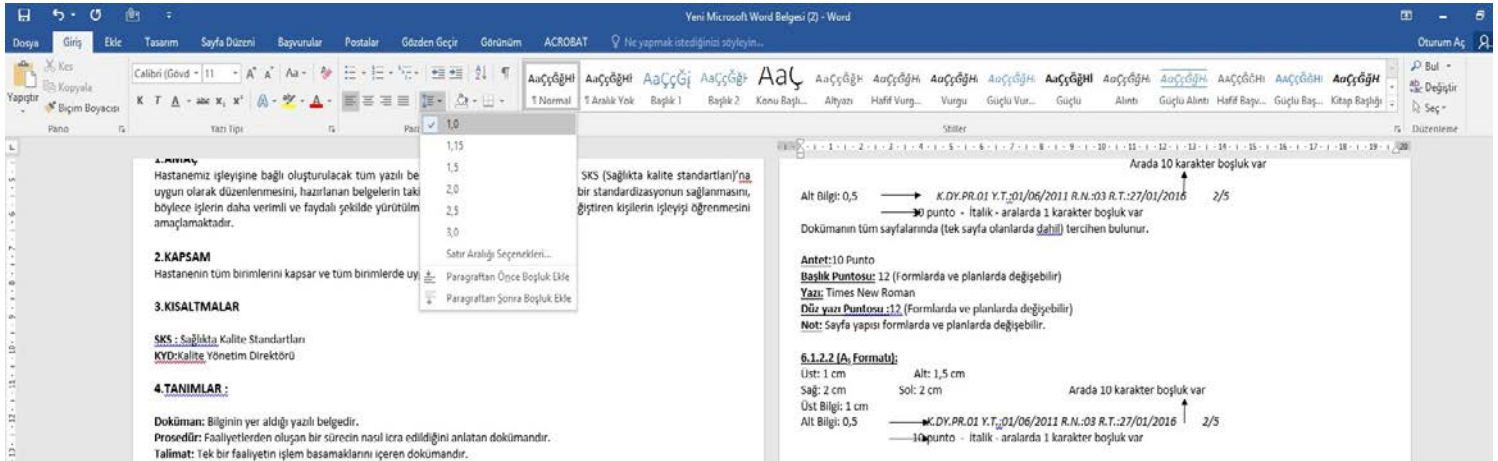
**Yazı:** Calibri

**Düz yazı Puntosu :** 10 (Formlarda ve planlarda değişebilir.)

**Not:** Sayfa yapısı formlarda ve planlarda değişebilir.

**6.1.2.3 Satır Aralıkları :** İlgili pencereden aşağıdaki sıra takip edilir.

- Sayfa düzeni-Satır aralığı  
 → Satır aralığı-Satır aralığı seçenekleri,-aralık: önce-sıfır sonra-sıfır  
 → Satır aralığı TEK  
 → Başlıklarda 1 boşluk girinti yapılır.



### 6.1.2.4 Numaralandırma :

- Ana başlıklar 1.0, 2.0, vb. olarak başlığın önüne getirilir.  
 → Ara başlıklar 1.1, 1.2, .....2.1,2.2, .....vb.

Ara başlıklarda kendi içinde ayrılıyorsa 1.1.1, 1.1.2,.....1.2.1, 1.2.2,.....2.1.1,.2.1.2,... vb şekilde başlığın önüne getirilir.

Ana başlık kalın ve büyük harfle yazılır, başlıktan önce 1 satır boşluk bırakılır, başlıktan sonra satır atlanmaz.

Alt başlık kelime başlıkları büyük olacak şekilde kalın yazılır. Başlık öncesinde 1 satır boşluk bırakılır, başlık sonrasında ise boşluk bırakılmaz satır başından devam edilir.

#### 6.1.2.5 Madde imi :

Adımlarda madde imi kullanılır. Sıralama yapılması gerekiyorsa tre (-) vb. işaretleme kullanılır. Kullanılacak madde imi aşağıdaki gibidir.

- Madde imi
- Sıralama

#### 6.1.3. Başlık :

Tüm dokümanlarda; Dokümanın ön yüzünün sol üst kısmında Manisa Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesinin logosu olmalıdır. Doküman kodu, Yayın tarihi, Revizyon numarası, Revizyon tarihi, sayfa numarası gibi doküman tanımlayıcı bilgiler bulunmalıdır. Bir sayfadan fazla sayfadaki dokümanlarda başlık sadece ilk sayfada bulunur.

#### 6.1.4. Kodlama Nasıl Yapılır:

Bu kodlama sistemi, dokümanların SKS bölümlerinin ve doküman türlerinin kısaltmalarının belirli bir sistematik içerisinde dizilişi esasına dayanır. Doküman kodu; SKS bölüm kısaltması, doküman türü kısaltması ve bu doküman için verilen numaradan oluşur. Bölüm kısaltması, doküman türü kısaltması ve sıra numarası arasında ayıraç olarak nokta (.) işareti kullanılır.

<b>Prosedür</b>	<b>PR</b>	Faaliyetlerden oluşan bir sürecin nasıl icra edildiğini anlatan dokümandır.
<b>Talimat</b>	<b>TL</b>	Tek bir faaliyetin işlem basamaklarını içeren dokümandır.
<b>Form</b>	<b>FR</b>	İstenilen veri veya bilgilerin yazılması, doldurulması için hazırlanmış dokümandır.
<b>Elektronik Form</b>	<b>ELK</b>	Kaekod sistemi ile istenilen veri veya bilgilerin yazılması, doldurulması için hazırlanmış dokümandır.
<b>Plan</b>	<b>PL</b>	Hedeflenen bir amaca ulaşılmasını sağlayacak adımlardan oluşan; neyi, ne zaman, niçin ve nasıl yapacağımızı gösteren dokümandır.
<b>Rehber</b>	<b>RH</b>	Yapılan faaliyetlerde yol gösterme ve bilgilendirme amacıyla oluşturulan dokümandır.
<b>Liste</b>	<b>LS</b>	Benzer öğelerin ardışık sıralandığı dokümandır.
<b>Envanter</b>	<b>EN</b>	Bir durumu gösteren çizelge veya mal ve değerlere ait dokümdür.
<b>Rıza Belgesi</b>	<b>RB</b>	Uygulanacak tıbbi işleme ilişkin, işlemi yapacak sağlık personeli tarafından hastaya aktarılan bilgilerin yer aldığı ve hastanın rızasını almak için oluşturulmuş dokümandır.
<b>Görev Tanımı</b>	<b>GT</b>	Meslek bazında işleyiş ile ilgili görev tanımlar.
<b>Gösterge Kartı</b>	<b>GK</b>	Gösterge Yönetimi ile ilgili gösterge kartlarını açıklayıcı dokümandır.
<b>Yardımcı Doküman</b>	<b>YD</b>	Prosedür, Talimat, Rehber, Form, Plan, Liste, Rıza Belgesi ve Dış Kaynaklı dokümanların dışında kalan veya bu dokümanları destekleyici nitelikteki dokümandır.

#### 6.1.5 SKS Bölüm Kısaltmaları Tablosu:

<b>Kurumsal Yapı</b>	<b>KU</b>	<b>İlaç Yönetimi</b>	<b>İY</b>	<b>Mikrobiyoloji Laboratuvarı</b>	<b>ML</b>
<b>Kalite Yönetimi</b>	<b>KY</b>	<b>Enfeksiyonların Önlenmesi</b>	<b>EN</b>	<b>Patoloji Laboratuvarı</b>	<b>PL</b>
<b>Doküman Yönetimi</b>	<b>DY</b>	<b>Sterilizasyon Hizmetler</b>	<b>SH</b>	<b>Doku Tipleme Laboratuvarı</b>	<b>DL</b>

Risk Yönetimi	RY	Transfüzyon Hizmetler	TH	Tesis Yönetimi	TY
Güvenlik Raporlama Sistemi	GR	Radyasyon Güvenliği	RG	Otelcilik Hizmetleri	OH
Acil Durum ve Afet Yönetimi	AD	Acil Servis	AS	Bilgi Yönetimi	BY
Eğitim Yönetimi	EY	Ameliyathane	AH	Malzeme ve Cihaz Yönetimi	MC
Sosyal Sorumluluk	SS	Yoğun Bakım Ünitesi	YB	Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmet	TA
Hasta Deneyimi	HD	Yeni Doğan Yoğun Bakım	YD	Atık Yönetimi	AY
Hizmete Erişim	HE	Doğum Hizmetler	DH	Dış Kaynak Kullanımı	DK
Yaşam Sonu Hizmetler	YS	Diyaliz Ünitesi	Dİ	Göstergelerin İzlenmesi	Gİ
Sağlıklı Çalışma Yaşamı	SÇ	Psikiyatri Hizmetleri	PS	Bölüm Bazlı Göstergeler	GB
Hasta Bakımı	HB	Biyokimya Laboratuvarı	BL	Klinik Göstergeler	GK

#### 6.1.6 Doküman Türleri ve Formatları :

**PROSEDÜR:** Faaliyetlerden oluşan bir sürecin nasıl icra edildiğini anlatan dokümandır

**Amaç:** Prosedürün hangi amaçla yazıldığı yazılır.

**Kapsam:** Prosedürün hangi faaliyetleri ve kapsadığı hizmet bölümlerini içerir.

**Kısaltmalar:** Prosedürde kısaltılarak kullanılan kavramların açıklamasıdır.

**Tanımlar:** Prosedürde kullanılan anlamı bilinmeyen ya da yabancı kelimelerden oluşan sözcükleri tanımlar.

**Sorumlular:** İlgili sorumluları tanımlar.

**Faaliyet Akışı:** İşleyişin akışı anlatılır.

**İlgili Dokümanlar:** Prosedürle ilgili dokümanlar belirtilir.

**TALİMAT:** Tek bir faaliyetin işlem basamaklarını içeren dokümandır.

**Amaç:** Talimatın hangi amaçla yazıldığı yazılır.

**Kapsam:** Talimatın hangi faaliyeti kapsadığını içerir.

**Kısaltmalar:** Talimatta kısaltılarak kullanılan kavramların açıklamasıdır.

**Tanımlar:** Talimatta kullanılan anlamı bilinmeyen ya da yabancı kelimelerden oluşan sözcükleri tanımlar.

**Sorumlular:** İlgili sorumluları tanımlar.

**Faaliyet Akışı:** Yapılan işlemi basamaklandırarak akış anlatılır.

**İlgili Dokümanlar:** Talimat ile ilgili dokümanlar belirtilir.

**FORM:** İstenilen veri veya bilgilerin yazılması, doldurulması için hazırlanmış dokümandır.

**ELEKTRONİK FORM:** Karekod sistemi ile istenilen veri veya bilgilerin yazılması, doldurulması için hazırlanmış dokümandır.

**PLAN:** Hedeflenen bir amacı adımlara bölerek neyi, ne zaman, niçin ve nasıl yapacağımızı belirlemek için oluşturulmuş dokümandır. Tablo veya yazınsal metinden oluşur.

**REHBER:** Yapılan faaliyetlerde yol gösterme ve bilgilendirme amacıyla oluşturulan dokümandır. Rehberlerin kapak sayfaları vardır ve istenen bilgilerin tümü, kapak sayfasında yer alır.

**LİSTE:** Benzer öğelerin ardışık sıralandığı dokümandır. Tablo halinde oluşur.

**RIZA BELGESİ:** Uygulanacak tıbbi işleme ilişkin, işlemi yapacak sağlık personeli tarafından hastaya aktarılan bilgilerin yer aldığı ve hastanın rızasını almak için oluşturulmuş dokümandır.

**GÖREV TANIMI:** Meslek bazında işleyiş ile ilgili görev tanımlar.

**GÖSTERGE KARTI:** Gösterge Yönetimi ile ilgili gösterge kartlarını açıklayıcı dokümandır.

**YARDIMCI DOKÜMAN:** Prosedür, Talimat, Rehber, Form, Plan, Liste, Rıza Belgesi ve Dış Kaynaklı dokümanların dışında kalan veya bu dokümanları destekleyici nitelikteki dokümandır.

**DİŞ KAYNAKLI DOKÜMANLAR:** Dış kaynaklı dokümanlar için format şartı aranmamaktadır. Sadece dış kaynak kodu verilmektedir. Dış kaynaklı dokümanlar orijinal formatında ve güncel haliyle kullanıcıların erişimine sunulmaktadır.

**6.2 Dokümanların Kontrolü:** Sahadan hazırlanıp gönderilen dokümanların yazım kurallarına uygunluğu Kalite birimi tarafından kontrol edilir ve uygunluğu sağlanır.

**6.3 Dokümanların onaylanması:** İlgili birim veya dokümantasyon sorumlusu tarafından oluşturulan dokümanlar EBYS Kanalıyla Kalite Yönetim Direktörü tarafından kontrol edilir, İlgili Klinik Anabilim Dalı Başkanı/İlgili Müdür ve daha sonra Başhekim tarafından uygun görülmesi durumunda onaylanır ve daha sonra yürürlüğe girer. Dokümanların onaylanma süreci, DY.YD.02 DOKÜMAN ONAYLAMA SÜRECİ ALGORİTMASI ile takip edilir. Onaylanan dokümanlar Doküman Yönetimi içinde Dokümanların güncellenmesi klasörü içindeki olur alan dokümanlar klasörüne alınır. Dokümanların güncelliği DY.LS.01 KALİTE YÖNETİM SİSTEMİ GÜNCEL DOKÜMAN LİSTESİ ile takip edilir.

1. İmza	2. İmza	3. İmza
İlgili Klinik Anabilim Dalı Başkanı/ İlgili Müdür	Kalite Yönetim Direktörü	Başhekim

**6.4 Dokümanların Dağıtılması ve duyurulması:** Uygulamaya hazır hale getirilen dokümanlar, dokümantasyon sorumlusu tarafından doküman takip listesine kaydedilir. Oluşturulan her yeni doküman [www.hkyb.cbu.edu.tr](http://www.hkyb.cbu.edu.tr) adresinde ilgili yerine kaydedilir. Yeni dokümanların birer adet kopyaları ilgili birimlere bırakılır. İlgili birim sorumlusuna [www.hkyb.cbu.edu.tr](http://www.hkyb.cbu.edu.tr) adresinde dokümanın bulunduğu alan gösterilir. Dağıtılan bu dokümanlar çalışanların bulunduğu birimlerde servis sorumluları tarafından dosyalanır. Islak imzalı orijinal dokümanlar tüm orijinal dokümanlar kalite yönetim biriminde muhafaza edilir.

**6.5 Dokümanların Revizyonu (Güncelleme):** Revizyon istemi mevzuat, standart, yasa, genelge ve işleyiş değişikliği nedeni ile birim sorumluları ve kalite yönetim birimi tarafından istenebilir.

Önerilen değişiklik birim sorumluları tarafından dokümantasyon sorumlusuyla iletişime geçmesiyle olur. Revize edilmesi gereken dokümanlar dokümantasyon sorumlusu ve ilgili birim sorumlularının ortak çalışması ile revize edilir. Kurumun herhangi bir sürecinde değişiklik söz konusu olduğunda güncelleme hemen gerçekleştirilir. Başhekimin onayını müteakip güncellenmiş doküman yayınlanır, ilgililere intranet aracılığı ile duyurulur, Birim sorumluları kullandıkları formların güncelliğini <http://www.hkyb.cbu.edu.tr> adresinden takip eder. Güncellenen dokümana revizyon no ve revizyon tarihi yazılır.

**6.6 Dokümanların Muhafazası:** Elektronik ortamda bulunan her türlü bilgi ve belge; erişim, saklama, tasfiye ve transfer edilebilecek şekilde elektronik olarak arşivlenir.

**6.7 Dokümanların kullanımdan kaldırılması:** Eski ve güncelliğini yitirmiş dokümanlar kalite yönetim birimi ile görüşülerek dosyadan kaldırılır. Yürürlükten kaldırılan dokümanlar hiçbir surette kullanılmaz. doküman [www.hkyb.cbu.edu.tr](http://www.hkyb.cbu.edu.tr) adresinden de silinir. Kurumda kullanılan tüm dokümanların güncelliği doküman takip sistemi aracılığıyla takip edilir.

Bölüm kalite sorumlusu değiştiğinde kendi bölümüne ilişkin dokümanları gözden geçirerek yeni bölüm sorumlusuna devretmelidir.

**6.8 Dokümanların imhası:** Kullanımdan kaldırılan dokümanlar eski versiyonların değişimin takip edilebilmesi açısından Kalite Yönetim Birimince arşivlenir.

**6.9 Dış kaynaklı dokümanlar:** Hastanemiz tarafından hazırlanmayan ancak yasal gereklilikler nedeniyle kullanmakta olduğumuz dokümanlardır. Bunlar resmi gazeteler, standartlar, genelge, genel yazılar, Kamu Hastaneler Kurumu, Sağlık Müdürlüğünden gelen yazılardır. Bu dokümanlar orijinal olarak kullanılır.

Hastanemiz evrak kayıt servisine gelen dokümanlar hastane müdürlüğü tarafından değerlendirilerek, gerekiyorsa hastane yöneticisi bilgisine sunularak dağıtımı yapılır. Bu dokümanların revizyon takibi resmi gazeteler, Kamu Hastaneler Kurumu, Sağlık Müdürlüğünden ve Valilikten gelen resmi yazılar ile takip edilir. Dış kaynaklı dokümanlar DY.PR.02 DIŞ KAYNAKLI DOKÜMAN PROSEDÜRÜ ve DY.LS.01 Dış Kaynaklı Doküman Listesi ile takip edilir.

#### **6.10 Dokümanların Asılması:**

Hastalara yönelik bilgilendirici dokümanların asılacağı alanlar belirlenmiştir ve bu amaçla kullanılacak alanlarda, görselliğe uygun ve estetik panolar bulunmalıdır. Panolara hangi dokümanların asılması gerektiği DY.TL.01 PANOLARA ASILAN DOKÜMANLARA YÖNELİK DÜZENLEME TALİMATI' nda tanımlanmıştır ve tanımlı dokümanlar belirlenen alanlar dışına asılmamalıdır.

Panolar ve panolarda asılı dokümanlar görüntü kirliliği oluşturmayacak şekilde düzenlenmelidir.

Panolarda asılacak dokümanlara onayın nasıl verileceği, dokümanların panoda ne kadar süre asılı kalacağı ile ilgili kurumlara ait kurallar belirlenmiştir.. Hastalara yönelik yapılacak bilgilendirme dokümanları güncel olmalıdır. Sağlıkta Kalite Standartları kapsamında hazırlanan dokümanlar asılmamalıdır.

Belirlenen alanlar/panolar dışında bilgilendirici ilan, duyuru ve açıklama yapılması durumunda bu bilgilerin uygun ve estetik tarzda hazırlanması ve görüntü kirliliği oluşturmayacak şekilde düzenlenerek asılması için Kalite Yönetim Biriminin onayından geçmesi gerekmektedir.

İlgili Panolar	Asılan Dokümanın Adı	Asılan Dokümanın Panoda Kalma Süresi
<b>Hasta Bilgilendirme Panoları</b>		
	Duyurular	Duyuru tarihi bitene kadar
	Bilgilendirme Afişleri, broşürler	Yenisi asılana kadar
	Hastalara yönelik eğitim broşürleri, afişler	Eğitim tarihi bitene kadar
<b>Personel Bilgilendirme Panoları</b>		
	Genel Duyurular	Duyuru tarihi bitene kadar
	Genelge, Yönetmelik vb.	Yayın tarihinden sonra iki hafta
	Konferans, seminer, toplantılar	Asılma onayından sonra iki hafta
	Eğitim Duyuruları	Eğitim saatine kadar
<b>Servis ve Birimler</b>		
	İlaç uygulamalarında kullanılmaması gereken kısaltmalar	Süresiz
	Muadil ilaçların listesi	Süresiz
	Benzer isimli ilaç listesi	Süresiz
	Yazılışı ve okunuşu benzer isimli ilaç listesi	Süresiz
	Envanterler	Süresiz
	Nöbet listeleri (doktor, hemşire, personel)	1 ay
	İç genelgeler	Genelge geçerli olduğu sürece
	Duyurular	Duyuru tarihi bitene kadar
	İdare duyuruları	Geçerliliği süresince

## 7.İLGİLİ DÖKÜMANLAR

- Sağlıkta Kalite Standartları Hastane Doküman Yönetimi Rehberi  
DY.TL.01 PANOLARA ASILAN DOKÜMANLARA YÖNELİK DÜZENLEME TALİMATI  
DY.YD.02 DOKÜMAN ONAYLAMA SÜRECİ ALGORİTMASI  
DY.LS.01 KALİTE YÖNETİM SİSTEMİ GÜNCEL DOKÜMAN LİSTESİ  
DY.PR.02 DIŞ KAYNAKLI DOKÜMAN PROSEDÜRÜ Rev01  
DY.LS.02 DIŞ KAYNAKLI DÖKÜMANLAR LİSTESİ Rev01