|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1. AMAÇ**  Bu prosedürün amacı Gazi üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Sağlıkta Kalite Yönetim Sistemi(KYS) içinde yer alan tüm dokümanların hazırlanması, onaylanması, yayını, sürdürülmesi, güncelleştirilmesi, iptali ve dağıtım esasları gibi yöntem ve sorumlulukları belirlemektir.  **2. KAPSAM**  Bu prosedür Gazi Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Kalite Yönetim Sistemi içinde yer alan tüm dokümanları kapsar.    **3.TANIMLAR**  **Doküman:** Bir faaliyeti ve o faaliyetin gereklerini tanımlayan veya belgeleyen yazılı ya da görsel araçlar,  **İç Kaynaklı Doküman:** Fakülte tarafından oluşturulan ve faaliyetlerin gerçekleştirilmesinde kullanılan dokümanı,  **Dış Kaynaklı Doküman:** Fakülte tarafından hazırlanmayan ancak faaliyetlerin gerçekleştirilmesinde kullanılan dokümanı (Kanunlar, Kanun Hükmünde Kararnameler, Tüzükler, Yönetmelikler, Şartnameler, Tebliğler, Standartlar, Esaslar, Kılavuzlar vb.),  **İptal Doküman:** Üzerinde değişiklik yapılan, orijinal nüshası üzerine **"İptal"** kaşesi basılarak arşivlenen ve eski kopyaları imha edilen dokümanı,  **Revize Edilen Doküman:** Üzerinde değişiklik yapılan dokümanı,  **Kontrollü Doküman:** Sağlıkta Kalite Standartları kapsamında gerektiğinde güncellenmesi zorunlu olan, doğruluğu, güncelliği ve içeriği onaylanmış, yayımlanması, dağıtımı ve değişikliği sadece yetkili kişilerce yapılabilen dokümanı,  **Kontrolsüz Doküman**: Güncelliği garanti altına alınmamış bilgilendirme amaçlı dokümanı,  **Yardımcı Doküman:** Gazi Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi tarafından tanımlanmış doküman ve kodlar tablosunda sayılmayan diğer tüm dokümanı,  **Görev Tanımları:** 2547 sayılı Yükseköğretim Kanunu, 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu, 4857 İş Kanunu, Gazi Üniversitesi yönetmelikleri vb. içerisinde tanımlanmış kişilere verilmiş olan unvanları ifade eden dokümanı,  **Form:** Prosedür ve talimatlarda anlatılan faaliyetlere ait bilgilerin sistematik olarak kayıt edilmesini sağlayacak şekilde düzenlenmiş dokümanı,  **İş Akışı**: Yapılacak işlerin gerçekleştirilme adımlarını açıklayan, yukarıdan aşağıya gidişatı tanımlayan dokümanı,  **Kılavuz:** Herhangi bir alanda ve konuda bilgi veren, yol yöntem gösteren dokümanı,  **Liste:** Kalite Yönetim Sistemi kapsamındaki faaliyetlerin uygulanmasında oluşturulan sıralı bilgilerin yer aldığı doküman,  **Organizasyon Şeması:** En üst yönetimden itibaren hiyerarşik yapıyı kişiler ve birimler arasındaki hiyerarşiyi ve bağını gösteren şemayı,  **Plan**: Hedeflenen amaçlara ulaşmak için kullanılacak yöntem ve uygulanacak işlemleri gösteren dokümanı,  **Prosedür:** Süreçleri tanımlayan ve faaliyetlerin hangi ana kurallar çerçevesinde yürütüleceğini gösteren dokümanı,  **Proses:** Tanımlanan süreçlerin girdi, çıktı, kaynak, personel, iç dokümantasyon ve performans hedeflerini tek bir yapıda gösteren dokümanı,  **Risk Analizi:** Fakültede sunulan hizmetlerde, karşılaşılma olasılığı olan risklerin belirlenerek önlenmesi için yapılacak faaliyetleri belirten dokümanı,  **Proses İzleme Kartı**: Proses performans hedeflerinin ve bu hedeflerde oluşan sapmaların altı aylık dönemlerle takip edilmesine yardımcı olan dokümanı,  **Şartname:** Satın alma ve kiralama işleri ile tamir, bakım ve onarım faaliyeti, vb. faaliyetlerde kullanılan teknik dokümanı,  **Talimat:** Uygulamaya yönelik olarak, faaliyetlerin nasıl yapılacağını ayrıntılı olarak açıklayan dokümanları ifade eder.  **4. SORUMLULAR**  Bu prosedürün hazırlanması, güncelleştirilmesi, iptali, kontrolü, dağıtılması, arşivlenmesi ve uygulanmasından Fakülte bünyesinde görev yapan tüm personel sorumludur.  **5. UYGULAMA**  **5.1 Yeni Dokümanların Hazırlanması ve Yürürlüğe Alınması**  Doküman ihtiyacı; ilgili mevzuat ve standart şartları ile SKS Kalite Yönetim Ekibi tarafından belirlenir ve ilgili birime iletilir. Bununla birlikte tüm paydaşlar ihtiyaç duyulan bir dokümanın hazırlanmasını önerebilir. Aşağıdaki koşullardan biri veya birkaçının aynı zamanda oluşması durumunda doküman hazırlama gereksinimi ortaya çıkar.   * Sağlıkta Kalite Standartları kapsamında değişiklik olması, * Mevcut faaliyetlerde değişim olması, * Yeni bir faaliyetin tanımlanması, * Doküman ile uygulama arasında ortaya çıkabilecek farklılıkların oluşması.   Yeni dokümanların hazırlanması “DHF.İA.0081 Kalite Yönetim Sistemi Doküman Revizyonu İş Akış”ı göre yapılır. Doküman hazırlanması talepleri “DHF.FR.0001 Doküman Talep Formu” kullanılarak gerçekleştirilir. Kalite Yönetim Ekibi tarafından hazırlanan dokümanda, Doküman Talep Formu şartı aranmaz.  **5.2. Dokümanların Yapısı**  Doküman eğer yapısı uygun ise “Genel Doküman Listesi”ne yazılırlar. Yapısı gereği bir formun kullanılmasının mümkün olmadığı dokümanlarda farklı formatlar kullanılabilir. Ancak bu prosedürde aksi belirtilmedikçe, kullanılan tüm formatlar aşağıda belirtilen temel doküman bilgilerini içermelidir.  Bu bilgiler;  **Gazi Üniversitesi Amblemi:** Gazi Üniversitesini,  **Doküman Adı:** Dokümanın ilişkili olduğu konuyu,  **Doküman No:** Dokümanın izlenebilirliğini sağlayan, kurum tarafından doküman yönetim sisteminde belirlenen kurallara uygun olarak oluşturulan tanımlama sistemini,  **Yayın Tarihi:** Dokümanın onaylandığı tarihi,  **Revizyon Tarihi**: Dokümanın en son güncellendiği tarihi,  **Revizyon No:** Dokümanın kaç kez güncellendiğini,  **Sayfa No:** Dokümanın kaç sayfadan oluştuğunu,  **Hazırlayan/Onaylayan:** Dokümanın kim tarafından hazırlandığını ve onaylandığını, ifade eder.  Dış kaynaklı dokümanlar için format şartı aranmamaktadır. Dış kaynaklı dokümanlar orijinal formatında ve güncel haliyle kullanıcıların erişimine sunulmaktadır.  **5.2.1 Başlık: Örnek 1.**  Hazırlanan tüm dokümanların her sayfasında Başlık Bilgileri (Örnek 1) bulunur. Başlıklarda her kelimenin ilk harfi büyük yazılır. Başlık ifadesi Times New Roman yazı tipi ile 14 punto büyüklüğünde ve kalın yazılır. Diğer bilgiler 12 punto ve örnek-1 de yer alan biçime uygun yazılır. **Örnek 1.**  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **Diş Hekimliği Fakültesi** | **Doküman Hazırlama ve Kontrolü Prosedürü** | **Doküman Kodu** | K.DY.0001 | | **Yayın Tarihi** | 19.09.2023 | | **Revizyon Tarihi** |  | |  | **Revizyon No** |  | | **Sayfa No** | 1/10 |   **5.2.2 Onay:** Doküman, “Hazırlayan” ve “Onaylayan” bilgilerini içermelidir. “Hazırlayan” ve “Onaylayan” bilgileri kişi ya da kişilerin, Adı-Soyadı, Unvanı ve İmzalarını içerir (Örnek 2). Hazırlayan - Onaylayan bilgileri dokümanın son sayfasında veya en son sayfanın arka sayfasında yer alır. Birden fazla sayfadan oluşan dokümanda diğer sayfalar Hazırlayan-Onaylayan tarafından paraflanır. İnternet sayfasında yayımlanan dokümanlar üzerinde Hazırlayan ve Onaylayan kısımlarında imza olmasına gerek yoktur.  **Örnek 2**.   |  |  | | --- | --- | | HAZIRLAYAN  ...../....../.........  Adı Soyadı/Unvanı  İmza | ONAYLAYAN  ...../....../.........  Adı Soyadı/Unvanı  İmza |   **5.2.3. Sayfa Yapısı (A4/A5 Formatı)**  Hazırlanan dokümanın standart yapıya uyması amacı ile aşağıda belirlenen ölçülerde sayfa kenar boşlukları belirlenir ve yazılar iki yana yaslanır. Sayfa yapısı gerektiği durumlarda formlarda ve planlarda değişebilir.  A4 Boyutu:  Üst: 2,5 cm Alt: 2,5 cm  Sağ: 2,5 cm Sol: 2,5 cm  A5 Boyutu:  Üst: 1,5 cm Alt: 1,5 cm  Sağ: 1,5cm Sol: 1,5 cm  **5.2.4. Yazım Biçimi**  SKS’ye bağlı olarak hazırlanan dokümanın yazı tipi “Times New Roman” veya “Arial”, boyutu “12” ve satır aralığı değeri “1,0”dır. Başlıklar kalın yazılır. Başlık ve alt başlıklar arasında 1 satır aralığı boşluk bırakılır. Maddelendirme yapmak gerekiyor ise **madde imi** **olarak** “•” örnek simge kullanılır. Sıralama yapılması gerekiyorsa madde işaretleri olarak “a, b, c, ç, …” kullanılır.  Ana başlıklar kalın ve baş harfi büyük harfle yazılır, başlıktan önce 1 satır boşluk bırakılır, başlıktan sonra satır atlanmaz. Alt başlıklar ve ara başlıklar; kelimelerin ilk harfi büyük olacak şekilde kalın yazılır. Başlık öncesinde ve başlık sonrasında boşluk bırakılmaz satır başından devam edilir.  **Örnek 1:**   1. 1. AMAÇ, 2. KAPSAM, 3. TANIMLAR, vb. (Ana Başlık Örneği) 2. Gerekçe, 1.2. Kavram, 3.1. Prosedür, 3.2. Talimat., vb. (Alt Başlık Örneği) 3. Sonuç, 1.2.1. .... 2.2.1. vb. (Ara Başlık Örneği) 4. • Adı, • Kodu, vb. (Madde İmi Örneği) 5. a. , b., c., ç., vb. (Sıralı Madde Örneği)   **5.2.5. Başlıkların Numaralandırılması**  Hazırlanan dokümanların başlık numaralandırılması başlıkların önüne getirilerek aşağıdaki gibi yapılır.  Ana başlıklarda; Örnek: “1. - 2. - 3.” vb.  Alt başlıklarda ; Örnek: “1.1 - 1.2,..- ,2.1-2.2,” vb.  Ara başlıklarda; Örnek: ”1.1.1 - 1.1.2 - 1.2.1 - 2.2 - 2.1.1 -2.1.2…” vb.  **5.2.6. Dokümanların Numaralandırılması**  Hazırlanan tüm dokümanlara, dokümanların takibini kolaylaştırmak, ortak bir dil oluşturmak ve tanınırlığını sağlamak açısından birer dokuman numarası verilir. Numaralandırma sistemi, ilgili birim kodu ve doküman türü kısaltmasının belirli bir sistematik içerisinde dizilmesi ve sonuna sıra numarasının eklenmesi esasına dayanır.  KYS kapsamındaki dokümanlar, aşağıda belirtilen numaralandırma şekline uygun olarak, doküman numarası ile numaralandırılır. Doküman numarası, SKS Kalite Yönetim Ekibi tarafından verilir.  Doküman numarası, bölüm kodu, doküman türü kısaltması ve bu doküman için verilen numaradan oluşur. Sıra numaraları arasında ayıraç olarak nokta **“.”** işareti kullanılır. KYS kapsamındaki dokümanlar aşağıda açıklanan yöntemle numaralandırılır.  **Örnek 1**: Doküman Numarası  **XXX.YY.ZZZZ:** Dokümanın birim kodu. Dokümanın türünü açıklayan kod kısaltması. Dokümanın sıra numarası  **Örnek**: KDY.PR.0001  **5.2.5.1. Dokümanın Birim Kodu (XXXXX)**  İç kaynaklı dokümanın hangi birime ait olduğunu gösterir. Dokümanlarda kullanılacak olan birim kodları en fazla sekiz karakter olacak şekilde belirlenir. Doküman birim kodları **Ek 1** de belirtilen şekliyle kullanılır.  **6.2.6.2. Doküman Türü (YY)**  Dokümanın cinsini tanımlayan kod kısaltmasını temsil eder. İki haneden oluşur. Gazi Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesinde tanımlanan dokümanlar ve kısaltmaları **Ek- 2** de belirtilmektedir.  **5.2.5.3. Doküman Sıra Numarası (ZZZZ)**  Aynı türdeki dokümanlara “0001” den başlayarak SKS Kalite Yönetim Ekibi tarafından otomatik olarak sırayla verilen numarayı ifade eder.  **5.3. Doküman Türleri**  **5.3.1. Prosedür ve Talimatlar**  Süreçlere ve yürütülen faaliyetlere ilişkin genel esaslar ve kurallar prosedürlerde açıklanır. İhtiyaç duyulması halinde prosedürlerde genel olarak tanımlanan faaliyetlerin detaylarının açıklanması veya genel bir konuya ilişkin esaslar ve kurallar için talimatlar hazırlanır. (Örneğin; ekipman kullanım / bakım talimatları gibi) Prosedür ve Talimatlar; “ Genel Doküman Formu” kullanılarak oluşturulur.  Prosedürler, aşağıda belirtilen ana başlıkları içerecek şekilde hazırlanır.   1. **AMAÇ :** Prosedürle erişilmek istenen konular açıklanır. 2. **KAPSAM :** Prosedürün içeriğini ve ilgililerini belirtir. 3. **TANIMLAR :** Prosedürde yer alan terimlerin açıklamasıdır. (Prosedürde kısaltmalar yer alıyorsa “Tanımlar ve Kısaltmalar” ifadesi kullanılır.) 4. **SORUMLULAR:** Prosedürün uygulamasında kimin/kimlerin rolü olduğu açıklanır. 5. **UYGULAMA:** Prosedürün amacına uygun işlerlik kazandırılmasına ilişkin usül açıklanır. 6. **İLGİLİ DOKÜMANLAR:** Prosedürle ilişkili diğer dokümanları ifade eder.   Talimatlar ise; aşağıda belirtilen şekilde hazırlanır.   1. **SORUMLULAR:** Talimatın uygulamasında kimin/kimlerin rolü olduğu açıklanır. 2. **UYGULAMA:** Talimata ilişkin işlem basamakları ayrıntılı olarak yazılır.   Bu ana başlıklara ek başlık eklenemez. Eklenmesine ihtiyaç duyulan başlıklar uygulama aşamasına alt başlık olarak tanımlanmalıdır. Bu prosedürün ve talimatların hazırlanmasında içerik olarak “GAZİ. PR.0001 Dokümanların Kontrolü Prosedürü” rehber alınır. Ancak, ihtiyaç duyulması halinde talimatlar, farklı formatlarda (cihaz kullanımlarının akış diyagramı şeklinde gösterilmesi gibi) hazırlanabilir. Prosedürler ve Talimatlar, SKS Kalite Yönetim Sistemi Ekibi tarafından hazırlanır ve ilgili birim yöneticisinin onayı ile yürürlüğe girer.  **5.3.2. İş Akışları**  KYS’nin gerektirdiği süreçler için İş Akış Şemaları “DHF. İA.0081 Kalite Yönetim Sistemi Doküman Revizyonu İş Akış Şeması”na göre hazırlanır. İş akış şemaları Birim Kalite Ekibi Kalite Yönetim Sistemi tarafından hazırlanır ve birim yöneticisi tarafından onaylanır.  .  **5.3.3. Formlar**  Formlar, kayıtların oluşturulması amacıyla kullanılır. SKS kapsamındaki tüm formlar SKS Kalite Yönetim Birimi tarafından hazırlanır. Formlar, kullanılacakları yere ve kullanım şartlarına göre kağıt ortamında veya elektronik ortamda kullanıma uygun olarak tasarlanabilirler.  Formların hazırlanması özel bir şekle tabi değildir. İhtiyaç doğrultusunda uygun bir formatta oluşturulabilirler. Bununla birlikte tüm formlar 5.2’de belirtilen temel doküman bilgilerini içermelidir.  **5.3.4. Liste ve Planlar**  Listelerin ve planların hazırlanması özel bir şekle tabi değildir. İhtiyaç doğrultusunda uygun bir formatta oluşturulabilirler. Bununla birlikte tüm liste ve planlar madde 5.1 ve 5.2’de belirtilen temel doküman bilgilerini içermelidir.  **5.3.5. Kılavuzlar**  Kılavuzların hazırlanması özel bir şekle tabi değildir. Detayını anlattığı işlerin açıkça belirtilmesi esastır. Kılavuzlar 5.2’de belirtilen temel doküman bilgilerini içermelidir.  **5.3.6. Yardımcı Doküman**  Yardımcı Dokümanlar 5.2’de belirtilen temel doküman bilgilerini içermelidir.  **5.3.7. Dış Kaynaklı Doküman**  Dış kaynaklı dokümanlar için format şartı aranmamaktadır. Dış kaynaklı dokümanlar orijinal formatında ve güncel haliyle kullanıcıların erişimine sunulur ve Birim Kalite Ekibi Kalite Yönetim Sistemi Ekibince hazırlanır.  **5.3.8. İç Kaynaklı Doküman (Yönetmelik, Yönerge, Usul ve Esaslar vb.)**  Yönetmelik, Yönerge, Usul ve Esaslar vb. iç kaynaklı dokümanlar “ Gazi Üniversitesi Mevzuat Hazırlama Usul Ve Esasları Hakkında Yönerge” esaslarına uygun olarak hazırlanır, Mevzuat İnceleme ve Değerlendirme Komisyonunun uygun görüşü ve Senatonun onayı ile yürürlüğe girer.  **5.4. Dokümanların Onayı ve Yayımı**  Hazırlanan tüm dokümanlar kalite ekibi tarafından değerlendirilir, yayımlanmadan önce yeterlilik ve uygunluk açısından birim yöneticisinin onayı ile yayımlanır. Hazırlanan tüm dokümanların orijinalleri üzerinde, Hazırlayan ve Onaylayan ıslak imzaları bulunur. Onaylanan dokümanlar, SKS Kalite Yönetim Birimi tarafından değiştirilemez formata çevrilerek ortak kullanıma açık Fakültemiz Sağlıkta Kalite Standartları Web Sayfasında yayınlanır. SKS Kalite Yönetim Birimi Ekibi, Sağlıkta Kalite Standartları Web Sayfasında yayımlanan güncel dokümanların takibini yapar ve uygular. İlk kez yayımlanan ya da revizyon gören dokümanlar, Kalite Yönetim Birimi tarafından iç yazışma ve/veya mail ile ilgililere duyurulur. Islak imzalı tüm orijinal dokümanlar Kalite Yönetim Birimi tarafından muhafaza edilir. Her yıl Aralık ayı sonunda, kullanılan dokümanların güncel olup olmadığı kontrol edilir.  **5.5. Dokümanların Gözden Geçirilmesi**  Tüm personel, kullandığı dokümanları yaptığı işe uygunluk açısından düzenli olarak gözden geçirir. Zaman içerisinde faaliyetlerdeki değişiklikler veya gelişmeler nedeniyle doküman ile uygulama arasında farklılıkların ortaya çıkması halinde revizyon süreci başlatılır.  Birim Kalite Temsilcileri her yıl Aralık ayında, uyguladıkları dokümanları gözden geçirerek revizyon gerekip gerekmediği konusunda değerlendirme yaparlar. İlgili birimler revizyon gerektiren dokümanları Kalite Birimine bildirirler. Uygun görülmesi durumunda revizyon süreci SKS Kalite Yönetim Ekibi tarafından başlatılır.  Büyük değişiklikler olması durumunda (örneğin, standardın revize edilmesi, kurum yapısı ile ilgili büyük değişiklikler vb.) SKS Kalite Yönetim Ekibi tarafından ilgili tüm dokümantasyonun gözden geçirilmesi ve gerekli ise revizyon sürecinin başlatılması sağlanır.  **5.6. Dokümanların Revizyonu**  Dokümanların revizyonu “DHF.İA.0081 Kalite Yönetim Sistemi Doküman Revizyonu İş Akış”nda tanımlanmış olup, tüm personel, revizyon taleplerini “DHF.FR.0001 Doküman Talep Formu”nu kullanarak ilgili Birimin Kalite Temsilcisine bildirir. Birim Kalite Temsilcisi revizyon talebini değerlendirir, gerekli gördüğünde ilgili kişilerin de görüşünü alır ve kendi görüşüyle birlikte birim yöneticisinin onayı ile revizyon talebini Kalite Ekibine gönderir. Kalite Ekibinin uygun gördüğü revizyon talepleri“Ek 3İş Akış Şemalarında Kullanılan Süreç Adımları ve Sembolleri”ne göre işlem görür.  Listelerin içerik revizyonu için “DHF.FR.0001 Doküman Talep Formu” kullanılmaz ve revizyon numarası yenilenmez. Listelerin güncellenmesinden sorumlu kişiler, bu dokümanları daima güncel tutar. Bununla birlikte dokümanda yapısal bir format değişikliği yapılması durumunda, bu bir revizyon olarak değerlendirilir. Bu gibi değişikliklerde “DHF.FR.0001 Doküman Talep Formu” kullanılır ve yeni revizyon numarası verilir.  Bir doküman için revizyon kararı verildiğinde, prensipte yeni bir doküman yazılıyormuş gibi tüm aşamalar (bölüm5.1, 5.2) yeniden takip edilir.  Prosedürlerdeki ve prosedür şeklinde yazılan talimatlardaki değişiklikler Revizyon Takip Tablosu ile takip edilir. Bu tabloda, değişiklik yapılan bölüm, tarih ve revizyon numarası gibi bilgilere ulaşmak mümkündür. Revizyon Takip Tablosu Tablo 1’de belirtilen şekilde yazılır.  **Tablo:1: Revizyon Takip Tablosu**   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Revizyon Takip Tablosu** | | | | **Revizyon. No** | **Tarih** | **Açıklama** | |  |  |  |   Revizyon Takip Tablosu, dokümanın sonuna eklenir. İlk kez yayınlanan dokümanların revizyon no’su “000”dır. Her revizyonda bu numara birer arttırılır. SKS ile ilgili tüm dokümanların son revizyonları SKS Kalite Yönetim Birimi ve Birim Yöneticisi tarafından takip edilir.  Doküman revizyonları SKS Web sayfasında ilan edilir ve e-mail ile Ana Bilim Dalı Kalite Birim Sorumlularına bildirilir. Birim kalite sorumluları kendi birimlerini ilgilendiren revizyonları e-mail ile ilgili personele duyurur.    **5.7. Dokümanların İptali**  Doküman iptal talepleri “DHF.FR.0001 Doküman Talep Formu” ile ilgili birimin Ana Bilim Dalı Kalite Birim Sorumlularınca yapılır. Ana Bilim Dalı Kalite Birim Sorumlusu iptal talebini değerlendirir, gerekli gördüğünde ilgili kişilerin de görüşünü alır. Ana Bilim Dalı Başkanının olurunu aldıktan sonra iptal talebi Kalite Yönetim Birimine iletilir. İptal konusunda karar verme yetkisi Kalite Yönetim Sistemi Birim Sorumlusu /Üst Yöneticidedir. Dokümanların iptali “ Doküman İptali İş Akışı Süreci”ne göre yapılır.  **5.8. Dokümanların Arşivlenmesi**  İptal edilen dokümanlarla revize edilen dokümanların güncelliğini yitirmiş olan suretlerinin saklanmasından ve web sitesinden kaldırılmasından Kalite Birimi sorumludur. Güncelliğini yitirmiş olan bu dokümanlar Kalite Yönetim Birimi tarafından dosya ve bilgisayar ortamında arşivlenir.  **5.9. Dış Kaynaklı Dokümanlar**  Tüm birimler, ilgili tüm faaliyetlerini dış kaynaklı dokümanların (resmi gazeteler, standartlar, genelge, genel yazılar, diğer kamu kurum ve kuruluşlarından gelen yazılar) güncel revizyonlarında tanımlanan kurallara uygun olarak yürütürler. Dış kaynaklı dokümanlar Cumhurbaşkanlığı tarafından [www.mevzuat.gov.tr](http://www.mevzuat.gov.tr) veya detsis.gov.tr adresinden güncel olarak yayımlanmaktadır. Bu dokümanların revizyon takibi resmi gazeteler, Kamu Kurum ve Kuruluşlarından gelen resmi. Yazılar vb. ile takip edilir.  **5.10. Dokümanların Dağıtımı ve Kayıtların Kontrolü**  Kalite Birimi için gerekli olan tüm iç ve dış kaynaklı dokümanlar, dent.gazi.edu.tr ve dent-kaliteyonetim.gazi.edu.tr üzerinden yayınlanır.  Dokümanların güncelliği sürekli takip edilir. Sayfanın tasarımı, kodlanması ve yayımlanması, Fakülte web sitesi sorumlusu sorumluluğundadır.  Dokümanların en güncel hali web sitesinde mevcut olan dokümanlardır. Güncel dokümanların kullanımının güvence altına alınabilmesi için dokümanların daima web sitesi ve sayfası üzerinden kullanımı esastır. Güncel dokümanların takibinden ve dağıtımından SKS Kalite Yönetim Birimi sorumludur.  Kurum dışına verilecek dokümanlar Üst Yönetimin izni alındıktan sonra orijinal kopyalar üzerinden fotokopi ile çoğaltılmak suretiyle verilir. Kurum dışına verilen dokümanların üzerine kırmızı renkli “Kontrollü Doküman” kaşesi basılarak dağıtımı yapılır.  Herhangi bir nedenle (daha rahat okuma vb.) çıktısı alınan dokümanların üzerinde “Kontrolsüz Kopya” filigranı çıkar. Kâğıt ortamında el ile doldurulması gereken formların ihtiyaç miktarı kadar çıktısı alınır ancak daha sonra kullanılmak üzere boş form saklanmaz.  Hizmetler neticesinde ortaya çıkan veya elde edilen belge ve dokümanlar elektronik ortamda ve ilgili birim depolarında “GAZİ.PR.0010 Kayıtların Kontrolü Prosedürü”kapsamında depolanır, taşınır, geri dönüşüme kazandırılır veya bertaraf edilir.  Tüm birim yöneticileri, birimlerde kullanılan fakat bu prosedüre uygun olarak hazırlanmamış dokümanların “GAZİ.PR.0002 Uygunsuzluk ve Düzeltici Faaliyetler Prosedürü”ne göre revize edilmesini ve ilgili tüm personel tarafından kullanılmasını sağlarlar. Tüm personel faaliyetlerini dokümanlarda tanımlanan kurallara uygun olarak yürütürler.    **6. İLGİLİ DOKÜMANLAR**  • DHF.FR.0001 Doküman Talep Formu  • GAZİ.FR.0011 Genel Doküman Formu  • GAZİ.FR.0060 İş Akışı Formu  • GAZİ.İA.0016 Doküman İptali İş Akışı  • DHF.İA.0081 Kalite Yönetim Sistemi Doküman Revizyonu İş Akışı  • GAZİ.İA.0002 Yeni Doküman Hazırlama İş Akışı  • GAZİ.PR.0002 Uygunsuzluk ve Düzeltici Faaliyetler Prosedürü  • SKS Kitapçığı(Versiyon 4)  **Ek.1.Döküman Birim Kodları**   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **SAĞLIK HİZMETLERİ (S)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | Sterilizasyon Hizmetleri | SH | | | | Radyasyon Güvenliği | | | | RG | | | Protez Laboratuvar Hizmetleri | PL | | | | | İlaç Yönetimi | İY | | | | Hasta Bakımı | | | | HB | | | Enfeksiyonların Önlenmesi | EÖ | | | | | Ameliyathane | AH | | | | Oral Patoloji Laboratuvar Hizmetleri | | | | OL | | |  |  | | | | | **KURUMSAL HİZMETLER (K)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | Kurumsal Yapı | | KU | | | | İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi | | | İO | | |  | |  | | | | Kalite Yönetimi | | KY | | | | Acil Durum ve Afet Yönetimi | | | AD | | |  | |  | | | | Doküman Yönetimi | | DY | | | | Eğitim Yönetimi | | | EY | | |  | |  | | | | Risk Yönetimi | | RY | | | | Sosyal Sorumluluk | | | SS | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | **DESTEK HİZMETLERİ (D)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | Atık Yönetimi | | | AY | | | | Tesis Yönetimi | | | TY | | Bilgi Yönetimi | | | | BY | | Otelcilik Hizmetleri | | | OH | | | | Malzeme ve Cihaz Yönetimi | | | MC | | Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri | | | | TKA | | Dış Kaynak Kullanımı | | | DK | | | |  | | |  | |  | | | |  | | **HASTA VE ÇALIŞAN ODAKLI HİZMETLER (H)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | Hizmete Erişim | | | | HE | | | | Hasta Deneyimi | | | HD | Sağlıklı Çalışma Yaşamı | | | SÇ | | | **GÖSTERGE HİZMETLERİ (G)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | Kalite Göstergeleri | | | | KG | | | | Göstergelerin İzlenmesi | | | Gİ |  | | |  | |   **Ek. 2.** Tanımlanan dokümanlar ve kısaltmalar   |  |  |  | | --- | --- | --- | | Prosedür | PR | Faaliyetlerden oluşan bir sürecin nasıl icra edildiğini anlatan dokümandır. | | Talimat | TL | Tek bir faaliyetin işlem basamaklarını içeren dokümandır. | | Form | FR | İstenilen veri veya bilgilerin yazılması, doldurulması için hazırlanmış dokümandır. | | Rapor Formatları | RA | Hasta bakım ve tedavisini ilgilendiren TC Sağlık Bakanlığı ve/veya ilgili hekimin ön gördüğü tedavi yaklaşımlarını açıklayan detaylı dokümanlardır. | | Plan | PL | Hedeflenen bir amaca ulaşılmasını sağlayacak adımlardan oluşan; neyi, ne zaman, niçin ve nasıl yapacağımızı gösteren dokümandır. | | Program | PRG | Belirli şartlara ve düzene göre yapılması öngörülen işlemlerin bütünü. | | Protokol | PRT | Hasta bakım ve tedavisini ilgilendiren TC Sağlık Bakanlığı ve/veya ilgili hekimin ön gördüğü tedavi yaklaşımlarını açıklayan detaylı dokümanlardır. | | Rehber | RH | Yapılan faaliyetlerde yol gösterme ve bilgilendirme amacıyla oluşturulan dokümandır. | | Liste | LS | Benzer öğelerin ardışık sıralandığı dokümandır. | | Envanter | EN | Bir durumu gösteren çizelge veya mal ve değerlere ait dökümdür. | | Onam Formu | OF | Uygulanacak tıbbi işleme ilişkin, işlemi yapacak sağlık personeli tarafından hastaya aktarılan bilgilerin yer aldığı ve hastanın rızasını almak için oluşturulmuş dokümandır. | | Görev Tanımı | GT | Fakülte işleyişi ile ilgili görev tanımları. | | İş Akış Şemaları | ŞM | Hedeflenen bir amacı adımlara bölerek neyi, ne zaman ve nasıl yapılacağını belirlemek için oluşturulmuş dokümandır. | | Gösterge Kartı (Temel Performans Göstergeleri) | GK | Gösterge Yönetimi ile ilgili gösterge kartlarını açıklayıcı dokümandır. | | Yardımcı Doküman | YD | Prosedür, Talimat, Rehber, Form, Plan, Liste, Rıza Belgesi ve Dış Kaynaklı dokümanların dışında kalan veya bu dokümanları destekleyici nitelikteki dokümandır. | | Şartname | Ş | Şartları beyan eden doküman. | | Broşürler | BR | Tanıtım amacı taşıyan, renkli olarak hazırlanan tanıtım kitapçığı |   **Ek 3:** İş akış şemalarında kullanılan süreç adımları ve sembolleri   |  |  |  | | --- | --- | --- | | İş Akış Adımları | Sorumlu | İlgili Dokümanlar | | Başlangıç  Doküman Talep Formunun Hazırlanması (DTF)- Birim Kalite Ekibine Gönderilmesi  Kalite Komisyonundan Görüş Alınması  Değerlendirme  **Uygun Görülmedi**  **Uygun Görüldü**  DTF Kapatılması ve Arşivlenmesi  **Doküman Onayı**  Bitiş  Ana Doküman Listesinin Güncellenmesi  İlgili Birimlere Bildirim  Bitiş | Kalite Ekibi  Kalite Komisyonu  Kalite Komisyonu  Kalite Komisyonu  Kalite Komisyonu  Kalite Komisyonu | GAZİ.FR.XXXX  Doküman Talep Formu(DTF )  GAZİ.FR.XXXX  Doküman Talep Formu(DTF )  GAZİ.FR.XXXX  DokümanTalep Formu(DTF )  Doküman Kontrol Prosedürü  Genel Doküman  Formu | |

|  |  |
| --- | --- |
| **HAZIRLAYAN**  **...../....../.........**  **Adı Soyadı/Unvanı**  **İmza** | **ONAYLAYAN**  **...../....../.........**  **Adı Soyadı/Unvanı**  **İmza** |