



Diş Hekimliği Fakültesi

2025 Yılı Bölüm Bazlı Hedef ve Göstergeleri Takip Çizelgesi

SKS Kalite Yönetim Birimi

| | |
|-----------------|--------------|
| Doküman Kodu | G.Gİ.LS.0040 |
| Yayın Tarihi | 07/02/2024 |
| Revizyon Tarihi | |
| Revizyon No | |
| Sayfa No | 1 / 3 |

| GÖSTERGE KODU | GÖSTERGE ADI | HEDEFLER | İZLEME PERİYODU | TAKİP SORUMLU BİRİM | 1.DÖNEM | 2.DÖNEM/ 6 AYLIK | 3.DÖNEM | 4.DÖNEM/ 6 AYLIK/ YILLIK | YILSON U |
|---------------|---|----------|------------------|--------------------------------|---------|------------------|----------------------|--------------------------|--------------|
| ADSH.GKG01 | Düzeltilici/Önleyici Faaliyet (DÖF) Sonuçlandırma Oranı | ≥%75 | 3 Aylık Dönemler | Kalite Birimi | 0 | 0 | 0 | %100 | %66 |
| ADSH.GKG02 | Eksiksiz Doldurulan Mavi Kod Olay Formu Oranı | ≥%90 | 3 Aylık Dönemler | Mavi Kod Ekibi | %100 | %100 | %100 | %100 | %100 |
| ADSH.GKG03 | Eksiksiz Doldurulan Beyaz Kod Olay Formu Oranı | ≥%90 | 3 Aylık Dönemler | Güvenlik Birimi | 0 | 0 | %100 | %100 | %100 |
| ADSH.GKG05 | Mavi Kodda Üç Dakika İçinde Olay Yerine Ulaşma Oranı | ≥%90 | 3 Aylık Dönemler | Mavi Kod Ekibi | %100 | %100 | %100 | %100 | %100 |
| ADSH.GKG06 | Personelin Eğitimlere Katılma Oranı | ≥%70 | Yıllık | Eğitim Komitesi | | | | %100 | %100 |
| ADSH.GKG07 | Uyum Eğitimlerinin Gerçekleştirilme Oranı | ≥%70 | 6 Aylık | Eğitim Komitesi | | 0 | | %100 | %100 |
| ADSH.GKG08 | Planlanan Eğitimlerin Gerçekleştirilme Oranı | ≥%80 | Yıllık | Eğitim Komitesi | | | | %100 | %100 |
| ADSH.GKG09 | Çalışanlara Yönelik Şiddet Olay Formu | ≤0,5 | 3 Aylık Dönemler | Çalışan Sağ. ve Güvenliği Kom. | 0 | 0 | %0.0164 | %0.0062 | %0.0079 8467 |
| ADSH.GKG10 | Kan ve Vücut Sıvılarına Maruz Kalma Oranı | ≤% 70 | 3 Aylık Dönemler | Enf. Kom. Sorumlusu | 0 | 0 | 0 | 0 | %0 |
| ADSH.GKG11 | Kesici/Delici Alet Yaralanma Oranı | ≤% 2 | 3 Aylık Dönemler | Enf. Kom. Sorumlusu | %0,3 | 0 | %0.07 | %0.11 | %0.06 |
| ADSH.GKG12 | Kurum İçinde Bölüm Değiştiren Personel Oranı | ≤% 8 | 6 Aylık | Özlük Birimi | | %0,6 | | %1,38 | %1,71 |
| ADSH.GKG13 | Personelin Sağlık Taramalarının Tamamlanma Oranı | ≥%50 | 6 Aylık | Çalışan Sağ. ve Güvenliği Kom. | | 0 | | 0 | %0 |
| ADSH.GKG14 | Ayaktan Hasta Düşme Oranı | ≤%1 | 3 Aylık Dönemler | Hasta Güv. Kom. | 0 | 0 | 0 | 0 | %0 |
| ADSH.GKG15 | İlaç Hatası Bildirim Oranı | 0 | 3 Aylık Dönemler | İlaç Yön. Ekibi | 0 | 0 | 0 | 0 | %0 |
| ADSH.GKG16 | El Hijyeni Uyum Oranı | ≥% 70 | 3 Aylık Dönemler | Enf. Kont. Hemş. | %94 | %94,34 | %92.59 | %96.23 | %94.29 |
| ADSH.GKG18 | Hasta Deneyimi Anketi Analizi | ≥%80 | Aylık | Hasta Güv. Kom. | | | %83,78 %75.55 %76.94 | %73.67 %65.61 %68.50 | %72 |
| ADSH.GKG19 | Çalışan Geri Bildirim Anketleri Analizi | ≥%80 | Yıllık | Çalışan Sağ. ve Güvenliği Kom. | | | | | %78.3 |



Diş Hekimliği Fakültesi

2025 Yılı Bölüm Bazlı Hedef ve Göstergeleri Takip Çizelgesi

SKS Kalite Yönetim Birimi

| | |
|-----------------|--------------|
| Doküman Kodu | G.Gİ.LS.0040 |
| Yayın Tarihi | 07/02/2024 |
| Revizyon Tarihi | |
| Revizyon No | |
| Sayfa No | 2 / 3 |

| ADSH.GKG20 | Hatalı Kimliklendirilmiş Ölçü Oranı | ≤ % 5 | Yıllık | Protez/ Lab. Birimi | | | | %0 | %0 |
|------------|--|--------------|------------------------|-------------------------|-------|--------|-------|--------|--------|
| ADSH.GKG21 | Kaybolan Ölçü Oranı | ≤ % 10 | Yıllık | Protez/ Lab. Birimi | | | | %0 | %0 |
| ADSH.GKG22 | Kaybolan Protez Oranı | ≤ % 10 | Yıllık | Protez /Lab. Birimi | | | | %0 | %0 |
| ADSH.GKG23 | Kaybolan Alçı Model Oranı | ≤ % 10 | Yıllık | Protez/ Lab. Birimi | | | | %0 | %0 |
| ADSH.GKG24 | Zamanında Teslim Edilmeyen Protez Oranı | ≤ % 40 | 6 Aylık Dönemler | Protez/ Lab. Birimi | | %0 | | %0 | %0 |
| ADSH.GKG25 | Ölçü Alımından Sabit Protezin Teslimine Kadar Geçen Ortalama Süre | ≤ 40 İş günü | 6 Aylık Dönemler | Protez /Lab. Birimi | | %0 | | %0 | %0 |
| ADSH.GKG26 | Protezin Tesliminden Sonra Bir Ay içerisinde Protetik Nedenli Tekrar Başvuru Oranı | ≤ % 40 | 3Aylık(diğer) Dönemler | Protez/ Lab. Birimi | %0 | %0.34 | %0.35 | %0 | %0.39 |
| ADSH.GKG27 | İlk Muayene Tarihi ile Ölçü Alınmasına Kadar Geçen Ortalama Süre | ≤ 90 gün | 3 Aylık Dönemler | Protez /Lab. Birimi | %0 | %0 | %0 | %0 | %0 |
| ADSH.GKG28 | Bir Başka Kuruma Sevk Edilen Hasta Oranı | ≤ % 0,5 | 3 Aylık Dönemler | Hasta Güv. Kom. | %0 | %0 | %0 | %0 | %0 |
| ADSH.GKG29 | SBYS'nin Devre Dışı Kaldığı Süre | ≤ 1 Saat | 3 Aylık Dönemler | Bilgi Sistemleri Birimi | %0 | %0 | %0 | %0 | %0 |
| ADSH.GKG30 | Eksiksiz Hasta Dosyası Oranı | ≤ % 1 | 3 Aylık Dönemler | Yataklı Servis Birimi. | %100 | %100 | %100 | %100 | %100 |
| ADSH.GKG31 | Fissur Sealant Uygulama Oranı | ≥%11 | 6 Aylık Dönemler | Çocuk Diş Hek. | | %11.29 | | %14.26 | %15.64 |
| ADSH.GKG32 | Dolgu Kaynaklı Yeniden Başvuru Oranı | ≤ % 2 | 6 Aylık Dönemler | Restoratif Birimi | | %0.02 | | %0.0 | %0.01 |
| ADSH.GKG33 | Kanal Tedavisi Kaynaklı Yeniden Başvuru Oranı | ≤ % 15 | Yıllık | Endodonti | | | | %0.07 | %0.07 |
| ADSH.GKG34 | Tekrar Alınan Ölçü Oranı | ≤ % 50 | 3 Aylık Dönemler | Protez /Lab. Birimi | %0 | %0 | %0 | %0 | %0 |
| ADSH.GKG35 | Tekrarlanan Sabit Protez Oranı | ≤ % 5 | 6 Aylık Dönemler | Protez /Lab. Birimi | | %0 | | %0 | %0 |
| ADSH.GKG36 | Protezin Tesliminden Sonra Protez Kaynaklı Planlanmamış Başvuru Oranı | ≤ % 10 | 3Aylık(diğer) Dönemler | Protez /Lab. Birimi | %0.55 | %0.85 | %1.24 | %1.21 | %1.92 |
| ADSH.GKG37 | Prosedür Spesifik Cerrahi Alan Enfeksiyonu Hızı | ≤ % 7 | 3 Aylık Dönemler | Cerrahi | %0.13 | %0.03 | %0.0 | %0.0 | %0.05 |
| ADSH.GKG38 | Cerrahi Profilaksi Uygun Antibiyotik Kullanım Oranı | ≥ % 95 | 3 Aylık Dönemler | Cerrahi/Enf. Kom. | %0 | %0 | %0 | %0 | %0 |
| ADSH.GKG39 | Cerrahi Operasyonlarda Görülen Anestezi Komplikasyon Oranı | ≤ % 2 | 3 Aylık Dönemler | Cerrahi/Enf. Kom. | %0 | %0 | %0 | %0 | %0 |



Diş Hekimliği Fakültesi

2025 Yılı Bölüm Bazlı Hedef ve Göstergeleri Takip Çizelgesi

SKS Kalite Yönetim Birimi

Doküman Kodu G.Gİ.LS.0040

Yayın Tarihi 07/02/2024

Revizyon Tarihi

Revizyon No

Sayfa No

3 / 3

| | | | | | | | | | |
|------------|--|--------------|------------------|-------------------------|----|--------|----|-------|-------|
| ADSH.GKG40 | Ameliyathaneye Planlanmamış Geri Dönüş Oranı | ≤ % 4 | 3 Aylık Dönemler | Cerrahi | %0 | %0 | %0 | %0 | %0 |
| ADSH.GKG41 | ADSH Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi Kullanım Oranı | ≥ % 96 | 3 Aylık Dönemler | Yataklı servis | | | | | |
| ADSH.GKG42 | Kurumdan Ayrılan Personel Oranı | ≤ % 10 | 6 Aylık Dönemler | Özlük Birimi | | % 2,61 | | %1,97 | %4,36 |
| ADSH.GKG43 | Yatan Hasta Düşme Oranı | 0 | 3 Aylık Dönemler | Genel Ameliyathane | %0 | %0 | %0 | %0 | %0 |
| ADSH.GKG44 | Ölçü Alımından Hareketli Protezin Teslimine Kadar Geçen Ortalama Süre | ≤ 50 İş günü | 6 Aylık Dönemler | Protez /Lab. Birimi | | %0 | | %0 | %0 |
| ADSH.GKG45 | Tekrarlanan Hareketli Protez Oranı | ≤ % 15 | 6 Aylık Dönemler | Protez /Lab. Birimi | | %0 | | %0 | %0 |
| GKK-Dİ-G1 | İmplant Tedavisi Öncesi Teşhis İçin Panoramik-BT Çektiren Hasta Sayısı Oranı | ≥ % 85 | 6 Aylık Dönemler | Cerrahi/ Periodontoloji | | | | | |
| GKK-Dİ-G2 | İmplant Tedavisi Öncesi Hastanın Protez Kliniği Tarafından Görülme Oranı | ≥ % 40 | 6 Aylık Dönemler | Cerrahi/ Periodontoloji | | | | | |
| GKK-Dİ-G3 | İmplant Tedavisi Öncesi İleri Periodontoloji Tedavisi Yaptıran Hasta Oranı | ≤ % 20 | 6 Aylık Dönemler | Periodontoloji | | | | | |
| GKK-Dİ-G5 | İmplant Tedavisi Sonrası Bir Yıl İçerisinde En Az 1 Kere Radyografik Görüntü Alınan Hasta Oranı | ≥ % 95 | 6 Aylık Dönemler | Cerrahi/ Periodontoloji | | | | | |
| GKK-Dİ-G6 | İmplant Tedavisi Sonrası Bir Yıl İçerisinde En Az 1 Kere Diş Taşı Temizliği Yaptıran Hasta Oranı | ≥ % 30 | 6 Aylık Dönemler | Periodontoloji | | | | | |
| GKK-Dİ-G8 | İmplant Tedavisi Sonrası İki Yıl İçerisinde Komplikasyon Gelişme Oranı | ≤ % 5 | 6 Aylık Dönemler | Cerrahi/ Periodontoloji | | | | | |