 SELÇUK ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU	DÖKÜMANTE EDİLMİŞ BİLGİNİN KONTROLU PROSEDÜRÜ	Doküman No	PR-01
		Yayın Tarihi	09.08.2017
		Revizyon No	0
		Revizyon Tarihi	
		Sayfa No	1-5

1. Amaç

Bu prosedürün amacı, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulunda Kalite Yönetim Sistemi (KYS) içinde bulunan tüm dokümanların hazırlanması, kodlanması, onaylanması, yayınlanması ve dağıtılması, güncellenmesi ve/veya revize/iptal edilmesi ile ilgili yöntem ve sorumlulukları belirlemek ve kontrol altında tutmaktır.

2. Kapsam

Bu prosedür, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulunda Kalite Yönetim Sistemi içinde yer alan tüm dokümanları kapsar.

3. Sorumlular

Bu prosedürün hazırlanması ve yönetiminden Kalite Temsilcisi sorumludur. Tüm doküman taleplerinde Birim Kalite Temsilcileri yetkilidir. Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu'nda görev yapan tüm personel bu prosedürün uygulanmasından sorumludur.

4. Tanımlar

4.1. Dokümente Edilmiş Bilgi: Kurumsal aktivitelerin gerçekleşmesinde kullanıcıların bilgi amaçlı kullanabilecekleri kaynaklardır.

4.2. Kontrollü Dokümente Edilmiş Bilgi: Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Kalite Yönetim Birimi tarafından hazırlanan, güncellenmesi ve dağıtımı bilgisayar ortamında yapılan değiştirilemeyen dokümanlardır.

4.3. Kontrolsüz Dokümente Edilmiş Bilgi: Dağıtıldıktan sonra güncelleştirilmesi zorunlu olmayan, sadece bilgi için dağıtılmış Kalite Yönetim Sistemine ait belgelerdir.

4.4. Dış Kaynaklı Dokümente Edilmiş Bilgi: Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu dışında oluşturulan, Yüksekokulun faaliyetlerini etkileyen, uyulması zorunlu veya ihtiyari olan dokümanlardır. (Kanunlar, Kanun Hükmünde Kararnameler, Tüzükler, Yönetmelikler, Şartnameler, Tebliğler, Standartlar, Esaslar, Kılavuzlar vb.)


4.5. İç Kaynaklı Dokümente Edilmiş Bilgi: Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu tarafından oluşturulan dokümanlardır.

4.5.1. Kalite El Kitabı: Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu kalite politikasını, hedeflerini, organizasyonunu, yetki ve sorumlulukları tanımlayan, ISO 9001 standardındaki faaliyetleri tarif eden dokümandır.

4.5.2. Prosedür: Bir faaliyetin, detaylara inmeksizin hangi ana kurallar çerçevesinde yürütüleceğini gösteren, iş akış sürecini tanımlayan dokümanlardır. Bir prosedür, birden fazla süreci kapsayabilir. Prosedürlerin başlığında, prosedürün adı, prosedür numarası, yayın tarihi, revizyon tarihi ve revizyon numarası bulunur. Prosedürün içeriği: amaç, kapsam, sorumluluk ve yetkiler, tanımları ilgili belgeler, uygulama ve ekler olarak düzenlenir. Alt kısımda ise hazırlayan, Sistem Onayı veren ve Yürürlük onayı veren bölümleri yer alır.

4.5.3. Süreç Şeması: Kaynakları kullanan ve girdilerin çıktılara dönüşümünü sağlamak için yönetilen ve kaliteyi doğrudan etkileyen faaliyetler dizisi olan sürecin girdi,

Hazırlayan Kalite Yönetim Temsilcisi	Onaylayan MÜDÜR	Sayfa No 1/5
Dr. Öğr. Üyesi Bayram ATASAGUN	Prof. Dr. Gülşin ARSLAN	

 SELÇUK ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU	DÖKÜMANTE EDİLMİŞ BİLGİNİN KONTROLÜ PROSEDÜRÜ	Doküman No	PR-01
		Yayın Tarihi	09.08.2017
		Revizyon No	0
		Revizyon Tarihi	
		Sayfa No	2-5

çıktı, kaynak, personel, iç dokümantasyon ve performans hedeflerini tek bir yapıda gösteren dokümanlardır.

4.5.4. İş Akışı: Yapılacak işlerin gerçekleştirilme adımlarını açıklayan yukarıdan aşağıya gidişatı tanımlayan dokümanlardır.

4.5.5. Talimat: Uygulamaya yönelik olarak, faaliyetlerin nasıl yapılacağını, ayrıntılı olarak açıklayan dokümanlardır.

4.5.6. Kılavuzlar: Herhangi bir alanda ve konuda bilgi veren, yol yöntem gösteren dokümanlardır.

4.5.7. Liste: Kalite Yönetim Sistemi kapsamındaki faaliyetlerin uygulanmasında oluşturulan sıralı bilgilerin yer aldığı dokümanlardır.

4.5.8. Plan: Bir süreç için uygulanacak faaliyetleri, hedefleri, hedeflere ulaşmak için kullanılacak yöntem ve unsurları, işlem sıralarını, bu faaliyetlerin kontrol metotlarını, özelliklerini, kaynak ve ekipman ihtiyaçlarını, uygunsuz sonuçla karşılaşıldığında uygulanacak işlemleri gösteren dokümanlardır.

4.5.9. Form: Yönetim Sistemleri kapsamındaki faaliyetlerin uygulanmasında, yürütülmesinde ve onaylanmasında kullanılan dokümanlardır.

5. Uygulama

Tüm dokümanlar onaylanmadan önce Kalite temsilcisine gönderilir. Format onayı sonrası ilgili birim onaylar

5.1 Yeni Dokümanların Hazırlanması Ve Yürürlüğe Alınması

Yeni dokümanların hazırlanmasında izlenecek yol, Yeni Doküman Hazırlama İş Akışında tanımlanmıştır. Doküman ihtiyacı; ilgili mevzuat ve standart şartları ile Kalite Temsilcisine veya Birim Kalite Temsilcileri tarafından belirlenir. Ayrıca tüm paydaşlar ihtiyaç duyulan bir dokümanın hazırlanmasını önerebilir. Bu konudaki öneriler Kalite Temsilcisine iletilir. Yeni doküman hazırlanması talepleri, Doküman Talep Formu kullanılarak gerçekleştirilir. Genel olarak dokümantasyonun ilgili sürecin sorumlusu/sorumluları, Kalite Temsilcisinin görevlendireceği kişi/ekipler tarafından hazırlanması esastır.


Kalite Temsilcisi tarafından hazırlanan dokümanlarda ve bu dokümanların revizyonunda Doküman Talep Formu şartı aranmaz. Kalite Faaliyet Planları, Süreç Şemaları ve Organizasyon Şemaları ve Kalite Yönetim Sistemi içinde hazırlanan tüm dokümanların ilk yayınlanması aşamasında talep formu hazırlanmadan Kalite Temsilcisi tarafından incelenir ve yayınlanır. Hazırlanan tüm dokümanlar, yayınlanmadan önce yeterlilik ve uygunluk açısından Kalite Temsilcisi tarafından gözden geçirilir ve onay aşamasından sonra yayınlanır. Dokümanın yayınlanması ve dağıtımı Kalite Yönetim Birimi tarafından bilgisayar ortamında gerçekleştirilir. Tüm dokümanlar yayın tarihi itibarıyla yürürlüğe girer.

Tüm dokümanlar bilgisayar ortamında Kayıtların Kontrolü Prosedürüne göre muhafaza edilir.

5.2. Dokümanların Yapısı

Dokümanlar eğer yapısı uygun ise Genel Doküman Formuna yazılırlar. Yapısı gereği bu formun kullanılmasının mümkün olmadığı dokümanlarda farklı formatlar kullanılabilir. Ancak, bu prosedürde aksi belirtilmedikçe, kullanılan tüm formatlar aşağıda belirtilen temel doküman bilgilerini içermelidir.

Hazırlayan Kalite Yönetim Temsilcisi	Onaylayan MÜDÜR	Sayfa No 2/5
Dr. Öğr. Üyesi Bayram ATASAGUN	Prof. Dr. Gülşin ARSLAN	

 <p>SELÇUK ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU</p>	DÖKÜMANTE EDİLMİŞ BİLGİNİN KONTROLÜ PROSEDÜRÜ	Doküman No	PR-01
		Yayın Tarihi	09.08.2017
		Revizyon No	0
		Revizyon Tarihi	
		Sayfa No	3-5

Bu bilgiler;

Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Amblemi

Doküman Adı

Doküman No

Sayfa Sayısı

İlk Yayın Tarihi

Revizyon Tarihi

Revizyon No

5.3. Dokümanların Kodlanması

Kalite Yönetim Sistemi kapsamındaki dokümanlar aşağıda açıklanan yöntemle numaralandırılır.

Kod Kısaltması: Dokümanın cinsini tanımlayan kod kısaltmasıdır. Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu'nda tanımlanan dokümanlar aşağıdaki gibidir:

KEK: Kalite El Kitabı

PR: Prosedür

PRS: Proses

OŞ: Organizasyon Şeması

TLM: Talimat

FRM: Form

İA: İş Akışı

PLN: Plan

LST: Liste

YÖ: Yönerge

YN: Yönetmelik

DŞ: Dış Kaynaklı Doküman

İÇ: İç Kaynaklı Doküman

YD: Yönetim Doküman

KL: Kılavuz

Sıra Numarası: Aynı türdeki dokümanlara "01" den başlayarak Ana Doküman Listesi üzerinden Kalite Temsilcisi tarafından sırayla verilen numara.


5.4. Dokümanların Revizyonu (Değişiklik-Yenileme)

Kalite temsilcisi, kullandıkları dokümanları gözden geçirerek revizyon gerekip gerekmediği hususunu değerlendirir. Revizyon gerektiren dokümanlar için revizyon süreci Kalite Temsilcisi tarafından başlatılır. Her türlü revizyon talebi; talep edenin kimliği ve talebin nedeni ilgili dokümanın kodu ve numarası Doküman Talep Formunda belirtilerek, Kalite Yönetim Birimine sunulur. Revizyon onayı, bu prosedürün 5.1. maddesi kapsamında yapılır.

Bütün dokümanların ilk yayınında revizyon numarası 0 (sıfır) olarak verilir. Revizyon yapılan dokümanın revizyon no kısmına her revizyondan sonra 01, 02,03,... şeklinde ardışık revizyon sıra numarası verilir. Revizyon tarih kısmına ise revizyon yapılan dokümanın yayınlandığı tarih yazılır.

Revizyonu ve yayınlanması onaylanmış doküman, bu prosedürün 5.1 maddesi kapsamında yayınlanır. Revize edilen dokümanların takibi, eski nüshaların kullanılmaması ile ilgili tüm

Hazırlayan Kalite Yönetim Temsilcisi	Onaylayan MÜDÜR	Sayfa No 3/5
Dr. Öğr. Üyesi Bayram ATASAGUN	Prof. Dr. Gülşin ARSLAN	

 SELÇUK ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU	DÖKÜMANTE EDİLMİŞ BİLGİNİN KONTROLU PROSEDÜRÜ	Doküman No	PR-01
		Yayın Tarihi	09.08.2017
		Revizyon No	0
		Revizyon Tarihi	
		Sayfa No	4-5

sorumluluk dokümanın kullanıcılarına ve kalite sorumlusuna aittir. Revizyonu talep eden birim dışındaki birimlerin işleyişini de etkileyen dokümanların revizyonu Yüksekokul web sayfasından ilan edilir.

Sistem içerisinde ki dış kaynaklı dokümanlar için Dış Kaynaklı Doküman Listesi oluşturulmuştur. Dış kaynaklı dokümanların güncelliğinin takibi ilgili birimin kalite temsilcisi tarafından yapılır

5.5. Dokümanların İptali

Yönetim Sistemleri içerisinde ihtiyaç duyulmayan ve gereksiz olan dokümanların yürürlükten kaldırılmasından Kalite Temsilcisi sorumludur. Dokümanların iptali için, ilgili birim kalite temsilcisi Doküman Talep Formu ile iptal talebinde bulunur. Talep Kalite Temsilcisine iletilir. İptal konusunda nihai karar verme yetkisi Kalite Temsilcisine aittir.

5.6. İptal Edilen Dokümanların Arşivi

Revize veya iptal edilmiş dokümanların elektronik ortamdaki kopyaları web sitesinden kaldırılır. Yayından kaldırılan elektronik ortamdaki doküman silinmez. Kalite Yönetim Birimi tarafından yine bilgisayar ortamında oluşturulan “İPTAL” klasörüne kaydedilir. Basılı dokümanlar ise yok edilir. Prosedür, Talimat ve kalite sistemine ait diğer dokümanların revizyon ve iptal olan orijinal kopyaları Kalite Yönetim Biriminde 1 yıl süre ile muhafaza edilir. İptal edilen dokümanın kod numaraları tekrar başka bir dokümana verilemez.

6. Dış Kaynaklı Dokümanların Takibi

YÖK, Milli Eğitim Bakanlığı ve Üniversiteyi ilgilendiren alanlardaki kanun, yönetmelik ve diğer bilgiye dayalı resmi yazılar Kalite Yönetim Birimi tarafından çoğaltılarak, birimlerin kalite temsilcilerine dağıtılır ve muhafaza edilmesi sağlanır.

TSE (Türk Standartları Enstitüsü)’ne abonelik veya internet ortamında Kalite Yönetim Birimi tarafından dokümanların izlenmesi sağlanır. Yürürlükten kalkan doküman Kalite Temsilcisi tarafından Ana Doküman Listesinde güncellenir ve web sitesinden kaldırılır. Güncellenen doküman yeniden web sitesinde yayınlanır.


6. İLGİLİ DOKÜMANLAR

6.1. Uygunsuzluk ve/veya Uygunsuzluk Riskinin, Öğrenci Şikâyetinin Raporlanması

Uygunsuzluklar ve uygunsuzluk riskleri için süreç sorumluları tarafından “ Düzeltici ve İyileştirici Faaliyet Formu doldurulur ve Yönetim Temsilcisi’ne iletilir. Yönetim Temsilcisi formu inceleyerek herhangi bir düzeltici, iyileştirici faaliyete gerek olup olmadığına karar verir. Uygunsuzluğun giderilmesine ilişkin faaliyet gerektiği kararını verirse Faaliyet Planı kısmını uygunsuzluğun çözümünde yetkili kişilerle doldurup, açılan düzeltici faaliyete uygun olarak bir doğrulama tarihi belirleyerek, çözümde sorumlu olan bölüm ve/veya birim sorumlularına imzalatır. Faaliyet Sorumluları sorunun çözümü için gerekli çalışmalarını başlatır. Yönetim Temsilcisi tarafından doğrulama tarihi planlanır.

Öğrenci şikâyetleri Öğrenci Memnuniyet Anket Formu veya dilekçe ile Yönetim Temsilcisi tarafından alınır değerlendirilir. Yönetim Temsilcisi öğrenci şikâyetlerini inceleyerek, Çözüm Uygulama Planı kısmını doldurup çözümde sorumlu olan bölüm ve/veya birim sorumlularına imzalatır. Bölüm yetkilisi sorunun çözümü için gerekli

Hazırlayan Kalite Yönetim Temsilcisi	Onaylayan MÜDÜR	Sayfa No 4/5
Dr. Öğr. Üyesi Bayram ATASAGUN	Prof. Dr. Gülşin ARSLAN	

 <p>SELÇUK ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU</p>	DÖKÜMANTE EDİLMİŞ BİLGİNİN KONTROLU PROSEDÜRÜ	Doküman No	PR-01
		Yayın Tarihi	09.08.2017
		Revizyon No	0
		Revizyon Tarihi	
		Sayfa No	5-5

çalışmaları başlatır. Öğrenci şikâyeti sonucu yapılan düzeltici faaliyetlerle öğrenciye bilgi verilir. Geribildirim sonucu “Öğrenci İstek ve Öneri Formuna işlenerek form kapatılır.

6.2. Düzeltici ve İyileştirici Faaliyet Formlarının Analizi, Uygulama Planı ve Faaliyetlerin Uygulanması

Uygunsuzluk/uygunsuzluk riski/öğrenci şikâyetini çözmek ile yükümlü bölüm sorumlusu veya yetki verdiği kadrolar sorunu analiz ederek sorunun nedenlerini ve kalıcı çözümleri bulup Yönetim Temsilcisi'nin verdiği Düzeltici ve İyileştirici Faaliyet Formunun kontrollü kopyasına işler ve Yönetim Temsilcisi' ne iletir. Yönetim Temsilcisi ve sorunu çözmekle yükümlü bölüm sorumlusu sorunun nedenleri, çözümlerin etkinliği, sorumluların yeterliliği ve çözümün uygunluğu açısından inceler. Gerekli düzeltmeler yapılarak forma işlenir.

6.3. Gerçekleştirilen Faaliyetlerin Doğrulanması

Yönetim Temsilcisi ve/veya yetki verdiği kadrolar gerçekleştirilen çözümleri objektif kanıtlar ile doğrular.

6.4. Zamanında Gerçekleştirilemeyen Faaliyetler

Düzeltici ve İyileştirici faaliyetler belirlenen sürede tamamlanamamışsa Yönetim Temsilcisi bunun nedenlerini araştırarak uygun gördüğü alternatifler doğrultusunda faaliyetlerin gerçekleştirilmesi için 1. ek süre verebilir. Eğer yine tamamlanamamışsa 2. ek süre daha verebilir ya da faaliyeti durdurabilir.

6.5. Formun Kapatılması

Planlanan Düzeltici ve İyileştirici Faaliyetin doğrulanmasının ardından Yönetim Temsilcisi formu ve objektif kanıtları inceler. Planlanan Faaliyetlerin etkin olarak yapıldığını teyit eder. Gerçekleştirilen çözümün sistemin hangi unsurlarını etkilediğini belirler. Yüksekokul Müdürü'nün onayına sunar ve onaylanan düzeltici ve iyileştirici faaliyet için ilgili dokümantasyon ve uygulamalarda oluşacak değişiklikler için gerekli revizyonların yapılmasını sağlar

6.6. Faaliyet Sonuçlarının Analizi ve YGG Toplantılarına Sunulması

Dönem boyunca talep edilmiş tüm düzeltici ve iyileştirici faaliyetler Yönetim Temsilcisi tarafından izlenerek; toplam adetleri, sonuçlandırılan faaliyetler ve sonuçları sonuçlandırılmamış durumda olanlar (Yönetimden talep edilecek, eğitim, yatırım, vb.), düzeltici ve iyileştirici faaliyetlerin konularına göre dağılımı, tekrarlanmamasına yönelik yönetimden eğitim, yatırım talepleri YGG toplantılarına sunulur ve KYS' nin gelişmesine yönelik hedeflerin ve kararların alınmasında esas alınır.

7. Ek Dokümantasyon

Düzeltici ve İyileştirici Faaliyet Formu (FRM-72)

Hazırlayan Kalite Yönetim Temsilcisi	Onaylayan MÜDÜR	Sayfa No 5/5
Dr. Öğr. Üyesi Bayram ATASAGUN	Prof. Dr. Gülşin ARSLAN	