



**İÜ**  
**ONKOLOJİ ENSTİTÜSÜ**  
**GENEL İDARE İŞLEYİŞ PROSEDÜRÜ**

Doküman No:OE-GN-PR-001  
İlk Yayın Tarihi :03.10.2017  
Revizyon No :00  
Revizyon Tarihi :  
Sayfa No : 1 / 3

### 1. Amaç

Bu prosedürün amacı, Genel İdare Süreci çerçevesinde yürütülen ve hizmet alımı yoluyla sağlanan destek hizmetlerin alımının planlanması, hizmet alımının gerçekleştirilmesi ve kontrolü konusunda yöntem tanımlamak; Onkoloji Enstitüsü öz kaynakları ile yürütülen ve yine bu süreç altında yapılandırılan diğer işlerde işleyişi belirlemektir.

### 2. Kapsam

Bu prosedür, Genel İdare Süreci altında yürütülen bilgi işlem, güvenlik, temizlik, yemek dağıtım, çamaşırhane, tesis güvenliği, arşiv ve çevre yönetimi alt süreçlerini kapsar.

### 3. Sorumlular

Enstitü Müdürü, Başhekim, Hastane Müdürlüğü, Kontrol Teşkilatı, Muayene Komisyonu, süreç sorumluları ve çalışanları

### 4. Tanımlar ve kısaltmalar

**DSİM:** İÜ Döner Sermaye İşletme Müdürlüğü

### 5. Uygulamalar

**5.1.** Genel İdare Süreci altında yürütülmekte olan alt süreçlerden Güvenlik Hizmetleri Alt Süreci, Temizlik Hizmetleri Alt Süreci, Yemek Dağıtım Hizmetleri Alt Süreci ve Destek hizmet personeli hizmet alımı yoluyla; Tesis Güvenliği Alt Süreci, Arşiv Alt Süreci, Çevre Yönetimi Alt Süreci, Çamaşırhane Hizmetleri Alt Süreci ,Bilgi İşlem Alt Süreci ise Onkoloji Enstitüsü öz kaynakları ile sürdürülür.

#### **5.2. Onkoloji Enstitüsü öz kaynakları ile yürütülen alt süreçlerin işleyişi:**

**5.2.1.**Acil durum ve afetlere hazırlık, tehlikeli madde yönetimi, tıbbi cihaz yönetimi (Biyomedikal işlemleri) ve altyapı elemanlarının sürekliliğinin sağlanması konularını kapsayan Tesis Güvenliği Alt Süreci; **“Tesis Güvenliği Prosedürü”** uyarınca yürütülür.

**5.2.2.**Hastaların tıbbi kayıtlarının güvenli koşullarda saklanması, bütünlüğünün korunması ve erişilebilirliğinin sağlanması konularını kapsayan Arşiv Alt Süreci; **“Arşiv İşleyiş Prosedürü”** uyarınca yürütülür.

**5.2.3.**Atıkların yönetimi ve çevre konularını kapsayan Çevre Yönetimi Alt Süreci **“Çevre ve Atık Yönetimi Talimatı”** uyarınca yürütülür.

#### **5.3. Hizmet alımı yoluyla yürütülen alt süreçlerin işleyişi:**

##### **5.3.1.Teknik şartnamelerin hazırlanması için katkı sağlanması**

HAZIRLAYAN	GÖZDEN GEÇİREN/KONTROL EDEN	ONAYLAYAN
Süreç Sorumlusu	Kalite Temsilcisi	Enstitü Müdürü/Başhekim



**İÜ**  
**ONKOLOJİ ENSTİTÜSÜ**  
**GENEL İDARE İŞLEYİŞ PROSEDÜRÜ**

Doküman No:OE-GN-PR-001  
İlk Yayın Tarihi :03.10.2017  
Revizyon No :00  
Revizyon Tarihi :  
Sayfa No : 2 / 3

**5.3.1.1.** Teknik şartnameler DSİM tarafından hazırlanır. İhale öncesinde teknik şartname hazırlık aşamasında, Onkoloji Enstitüsü'nün talepleri, önerileri ve değişiklik istekleri resmi yazı ile istenir.

**5.3.1.2.** Onkoloji Enstitüsü'nde bu hizmetle ilgili yöneticiler tarafından (Enstitü Müdürü, Başhekim, Hemşirelik Hizmetleri Müdürü, Hastane Müdürü) bir önceki döneme ait teknik şartnameler gözden geçirilir, düzenleme ve düzeltmeler yapılır ya da aynen devam etmesi öngörülür. Şartnamelerde yer alan personel sayıları, malzeme miktarları ve niteliği, vb konular Onkoloji Enstitüsü gereklilikleri göz önünde bulundurularak değerlendirilir.

**5.3.1.3.** Teknik şartnamelerle ilgili Onkoloji Enstitüsü talepleri resmi yazı ile DSİM'e iletilir.

**5.3.2. Sözleşme kapsamında gerekli kontrollerin planlanması**

**5.3.2.1.** Alınan hizmetin ve hizmette kullanılacak malzemelerin, Kontrol Teşkilatı tarafından hangi parametreler üzerinden, ne kadar sıklıkta kontrol edileceği; sözleşmelerle planlanır.

**5.3.3. Plan doğrultusunda gerekli kontrollerin yapılması ve kayıt altına alınması**

**5.3.3.1.** İlgili hizmete/malzemelere ilişkin rutin kontroller günlük/haftalık/aylık olarak; ilgili yöneticiler ve/veya birim sorumluları tarafından yapılır ve kayıt altına alınır.

**5.3.3.2.** Kullanılan malzemelerin kontrolü, teknik şartname/sözleşmelerde yer alan parametrelere uygun şekilde Muayene Komisyonu tarafından yapılır. Muayene Kabul Raporu ile kayıt altına alınır. Uygun olmayan malzeme kullanımı tespit edildiğinde şahit numune alınıp, tutanak tutulur.

**5.3.3.3.** Alınan hizmetin uygunluğunun kontrolü, teknik şartname/sözleşmelerde yer alan parametrelere uygun şekilde Kontrol Teşkilatı tarafından yapılır, Hizmet İşleri Kabul Teklif Belgesi ile kayıt altına alınır.

**5.3.3.4.** Kontrol Teşkilatı'nın değerlendirmesini takiben, Muayene Komisyonu tarafından Hizmet İşleri Kabul Tutanağı düzenlenir.

**5.3.3.5.** Bu değerlendirmeler aylık olarak tekrarlanır ve Hakediş Dosyasına eklenir.

**5.3.4. Uygunsuz sonuçlarının raporlanması**

**5.3.4.1.** Hizmet alımları ile ilgili uygunsuz tespitlerde "**Uygun Olmayan Hizmetin ve Ürünün Kontrolü Prosedürü**" doğrultusunda hareket edilir.

**5.3.5.** Bilgi işlem hizmetleri "**Bilgi İşlem Prosedürü**" uyarınca yürütülür.

**5.3.6.** Güvenlik hizmetleri "**Güvenlik Çalışma Talimatı**" uyarınca yürütülür.

**5.3.7.** Yemek dağıtım hizmetleri "**Yemek Dağıtım Talimatı**" uyarınca yürütülür.

**5.3.8.** Çamaşırhane hizmetleri "**Çamaşır Taşıma Ve Çamaşır Yıkama Talimatı**" uyarınca yürütülür.

**5.3.9.** Temizlik hizmetleri "**Temizlik Uygulamaları Talimatı**" uyarınca yürütülür.

HAZIRLAYAN	GÖZDEN GEÇİREN/KONTROL EDEN	ONAYLAYAN
Süreç Sorumlusu	Kalite Temsilcisi	Enstitü Müdürü/Başhekim



**İÜ**  
**ONKOLOJİ ENSTİTÜSÜ**  
**GENEL İDARE İŞLEYİŞ PROSEDÜRÜ**

Doküman No:OE-GN-PR-001  
İlk Yayın Tarihi :03.10.2017  
Revizyon No :00  
Revizyon Tarihi :  
Sayfa No : 3 / 3

**6. İlgili Dökümanlar**

- 6.1. Tesis Güvenliği Prosedürü
- 6.2. Arşiv İşleyiş Prosedürü
- 6.3. Çevre ve Atık Yönetimi Talimatı
- 6.4. Uygun Olmayan Hizmetin ve Ürünün Kontrolü Prosedürü
- 6.5. Bilgi İşlem Prosedürü
- 6.6. Güvenlik Çalışma Talimatı
- 6.7. Yemek Dağıtım Talimatı
- 6.8. Çamaşır Taşıma Ve Çamaşır Yıkama Talimatı
- 6.9. Temizlik Uygulamaları Talimatı

**HAZIRLAYAN**

**GÖZDEN GEÇİREN/KONTROL EDEN**

**ONAYLAYAN**

Süreç Sorumlusu

Kalite Temsilcisi

Enstitü Müdürü/Başhekim