İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ

ONKOLOJİ ENSTİTÜSÜ

SÜREÇ YÖNETİMİ EL KİTABI

HAZIRLAYANLAR

*Prof. Dr. Derya DURANYILDIZ, Kalite Temsilcisi

*Tuğba AKYOL, Kalite Sistem Sorumlusu

*Berivan KAYA, Grafiker

*Sevil BATGİRAY, Kalite Yönetim Birimi Sekreteri

İçindekiler

SÜREÇ ETKİLEŞİM ŞEMASI 6

ONKOLOJİ ENSTİTÜSÜ YÖNETİM 7

SÜREÇ TANIMLARI 7
HASTANE İLETİŞİM SÜREÇ TANIMI 8
HASTANE YÖNETİM GÖZDEN GEÇİRME SÜREÇ TANIMI 9
HASTANE YÖNETİM KURULU SÜREÇ TANIMI 10

KAYNAK YÖNETİMİ SÜREÇ TANIMLARI 11
GİDER İDARESİ SÜREÇ TANIMI 12
GELİR İDARESİ SÜREÇ TANIMI 13
GENEL İDARE SÜREÇ TANIMI 14
İNSAN KAYNAKLARI SÜREÇ TANIMI 15
TAŞINIR MAL YÖNETİMİ SÜRECİ TANIMI 16

İZLEME ÖLÇME ANALİZ SÜREÇ TANIMLARI 17
İYİLEŞTİRME SÜREÇ TANIMI 18
İÇ TETKİK SÜREÇ TANIMI 19
MEMNUNİYET ÖLÇÜM SÜREÇ TANIMI 20
SÜREÇLERİN İZLENMESİ VE ÖLÇÜLMESİ SÜREÇ TANIMI 21
VERİ ANALİZİ SÜREÇ TANIMI 22

SAĞLIK HİZMETİ SUNUMU SÜRECİ 23

SÜREÇ TANIMLARI 23
AMELİYATHANE HİZMETLERİ SÜREÇ TANIMI 24
TIBBİ BİYOKİMYA LABORATUVARI HİZMETLERİ SÜREÇ TANIMI 25
BRAKİTERAPİ ALT SÜREÇLERİ SÜREÇ TANIMI 26

ÇALIŞAN VE HASTA GÜVENLİĞİ SÜREÇ TANIMI 27

ENFEKSİYON KONTROL SÜREÇ TANIMI 28

KANSER GENETİĞİ LABORATUVARI HİZMETLERİ ALT SÜREÇLERİ TANIMI 29

MOLEKÜLER LABORATUVARI HİZMETLERİ ALT SÜREÇLERİ TANIMI 29

GÖRÜNTÜLEME SÜREÇ TANIMI....30

KLİNİK SÜREÇ TANIMI 31

KEMOTERAPİ ALT SÜRECİ SÜREÇ TANIMI 32

PATOLOJİ LABORATUVARI HİZMETLERİ ALT SÜREÇLERİ TANIMI....33

POLİKLİNİK HİZMETLERİ SÜREÇ TANIMI 34

RADYOTERAPİ ALT SÜREÇLERİ SÜREÇ TANIMI 35

TRANSFÜZYON MERKEZİ SÜREÇ TANIMI……..……..……...36

ONKOLOJİ ENSTİTÜSÜ....37

SÜREÇ PLANLARI 37

HASTANE İLETİŞİM SÜRECİ SÜREÇ PLANI 38

HASTANE YÖNETİM GÖZDEN GEÇİRME SÜRECİ SÜREÇ YÖNETİM PLANI 39

HASTANE YÖNETİMİ TOPLANTI SÜRECİ SÜREÇ YÖNETİM PLANI....40

GİDER İDARESİ SÜREÇ YÖNETİM PLANI....41

GELİR İDARESİ SÜREÇ YÖNETİM PLANI 42

GENEL İDARE SÜRECİ SÜREÇ YÖNETİM PLANI....43

İK YÖNETİMİ SÜREÇ YÖNETİM PLANI 44

TAŞINIR MAL YÖNETİMİ SÜRECİ SÜREÇ YÖNETİM PLANI 45

İYİLEŞTİRME SÜRECİ SÜREÇ YÖNETİM PLANI....46

İÇ TETKİK SÜRECİ SÜREÇ YÖNETİM PLANI....47

MEMNUNİYET ÖLÇÜM SÜRECİ SÜREÇ YÖNETİM PLANI 48

SÜREÇLERİN İZLENMESİ VE ÖLÇÜLMESİ SÜRECİ SÜREÇ YÖNETİM PLANI 49

VERİ ANALİZİ SÜREÇ YÖNETİM PLANI 50

AMELİYATHANE HİZMETLERİ SÜREÇ PLANI.....51

BİYOKİMYA LABORATUVARI ALT SÜRECİ SÜREÇ PLANI 52

BRAKİTERAPİ ALT SÜRECİ SÜREÇ PLANI.....53

ÇALIŞAN VE HASTA GÜVENLİĞİ SÜREÇ PLANI 54

ECZANE ALT SÜRECİ SÜREÇ PLANI.....55

ENFEKSİYON KONTROL SÜRECİ SÜREÇ PLANI.....56

GENETİK LABORATUVARI HİZMETLERİ ALT SÜRECİ SÜREÇ PLANI 57

MOLEKÜLER LABORATUVARI HİZMETLERİ ALT SÜRECİ SÜREÇ PLANI 58

GÖRÜNTÜLEME HİZMETLERİ SÜREÇ PLANI 59

KLİNİK SÜRECİ SÜREÇ PLANI 60

KEMOTERAPİ ALT SÜRECİ SÜREÇ PLANI.....60

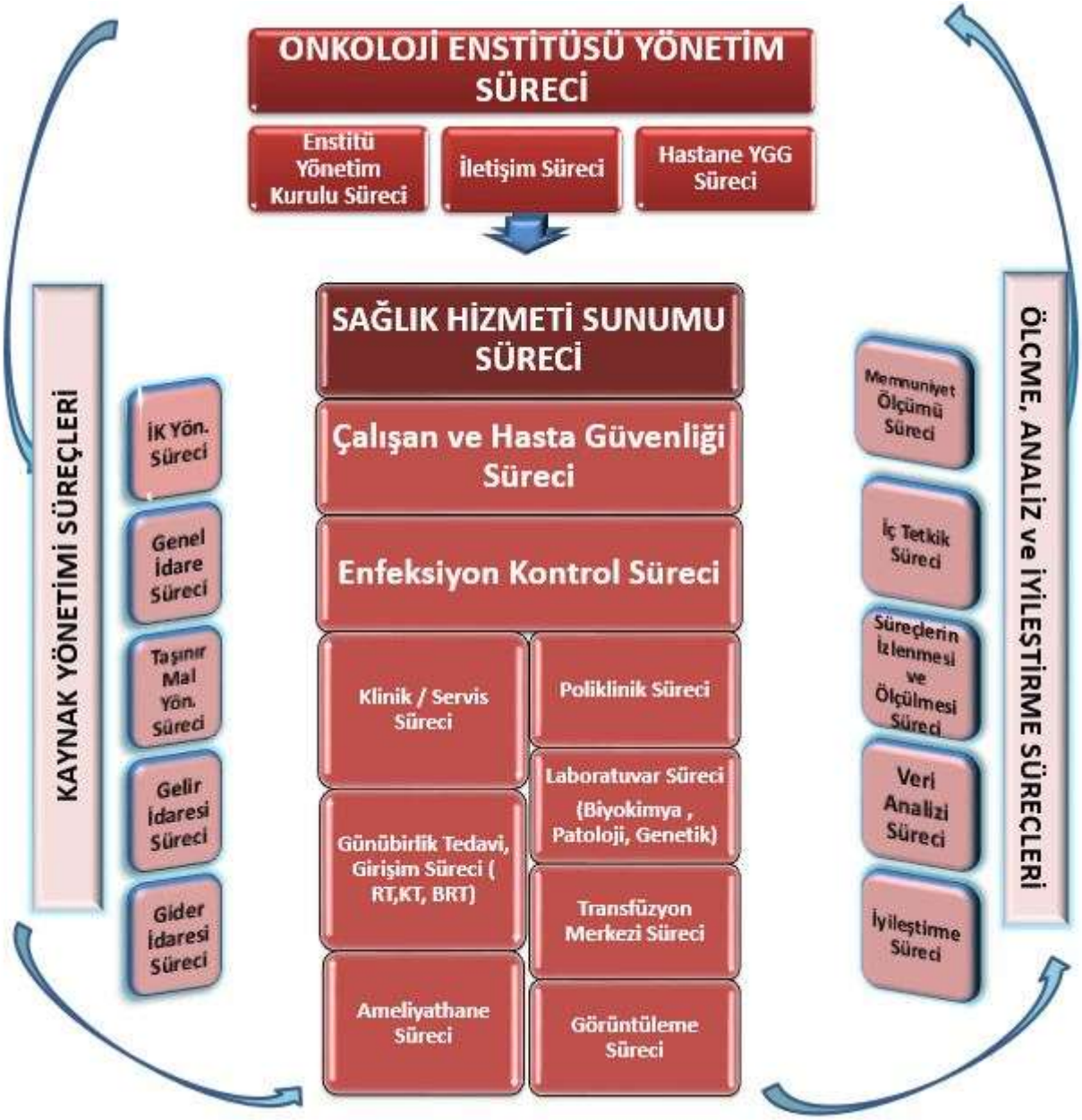
PATOLOJİ LABORATUVARI HİZMETLERİ ALT SÜRECİ SÜREÇ PLANI.....60

POLİKLİNİK HİZMETLERİ SÜREÇ PLANI.....60

RADYOTERAPİ ALT SÜRECİ SÜREÇ PLANI.....60

TRANSFÜZYON MERKEZİ SÜREÇ PLANI……..…….65

SÜREÇ ETKİLEŞİM ŞEMASI



Şekil 1. OE-KYS Süreç Etkileşim Şeması

ONKOLOJİ ENSTİTÜSÜ YÖNETİM SÜREÇ TANIMLARI

HAZIRLAYAN	GÖZDEN GEÇİREN /KONTROL EDEN	ONAYLAYAN
KALİTE TEMSİLCİSİ	BAŞHEKİM	ENSTİTÜ MÜDÜRÜ

HASTANE İLETİŞİM SÜREÇ TANIMI

BAĞLI OLDUĞU ÜST SÜREÇ	ANA SÜREÇ	ALT SÜREÇLER	FAALİYETLER	İLGİLİ DOKÜMAN
ONKOLOJİ ENSTİTÜSÜ YÖNETİM SÜRECİ	HASTANE İLETİŞİM SÜRECİ	**Resmi İletişim Araçlarının Kullanımına Yönelik Kurallar**	Kullanılan iletişim araçları ve hedef kitleleri	İLETİŞİM SÜRECİ İŞLEYİŞ PROSEDÜRÜ
			İç paydaşlarla kullanılan iletişim araçlarının kullanım alanları	
			Dış paydaşlarla kullanılan iletişim araçlarının kullanım alanları	
			EBYS	
			HBYS	
			Web sitesi	
			Kurumsal E-posta	
			Duyuru panoları	
			Eğitim toplantıları	
			Toplantılar	
			Broşürler	
			Anons	
			Posta	

HASTANE YÖNETİM GÖZDEN GEÇİRME SÜREÇ TANIMI

BAĞLI OLDUĞU ÜST SÜREÇ	ANA SÜREÇ	ALT SÜREÇLER	FAALİYETLER	İLGİLİ DOKÜMAN
ONKOLOJİ ENSTİTÜSÜ YÖNETİM SÜRECİ	HASTANE YÖNETİM GÖZDEN GEÇİRME SÜRECİ		Toplantı tarihinin belirlenmesi	YÖNETİM GÖZDEN GEÇİRME SÜRECİ İŞLEYİŞ PROSEDÜRÜ
			Toplantı daveti	
			Toplantı katılımı	
			Standart dışı gündem maddelerinin oluşturulması	
			Standart gündem maddelerinin oluşturulması	
			OE-KYS performans raporunun hazırlanması	
			Toplantı katılımcıların imzalarının alınması	
			Toplantının gerçekleştirilmesi	
			Toplantı kararlarının kayıt altına alınması	
			Kararların ilgililere iletilmesi	
			Kayıtların saklanması	

HASTANE YÖNETİM KURULU SÜREÇ TANIMI

BAĞLI OLDUĞU ÜST SÜREÇ	ANA SÜREÇ	ALT SÜREÇLER	FAALİYETLER	İLGİLİ DOKÜMAN
ONKOLOJİ ENSTİTÜSÜ YÖNETİM SÜRECİ	ENSTİTÜ YÖNETİM KURULU SÜRECİ	Yapılanma ve İşleyiş	Enstitü Yönetim Kurulu'nun yapısı	Üniversitelerde Akademik Teşkilat Yönetmeliği
			Enstitü Yönetim Kurulu'nun işleyişi	
		Enstitü Yönetim Kurulu'nun Gerçekleştirilmesi ve Karar Mekanizması	Enstitü Yönetim Kurulu'nun toplantıya çağrılması	YÖNETİM KURULU SÜRECİ İŞLEYİŞ PROSEDÜRÜ
			Toplantı tarihi ve gündemin belirlenmesi	
			Toplantı davetinin gönderilmesi	
			Toplantının gerçekleştirilmesi	
			Karar alınması ve katılımcılar tarafından onaylanması	
			Alınan kararların yazılı hale getirilmesi ve üyeler tarafından imzalanması	
			kararların ilgililere iletilmesi	

KAYNAK YÖNETİMİ SÜREÇ TANIMLARI

HAZIRLAYAN	GÖZDEN GEÇİREN /KONTROL EDEN	ONAYLAYAN
KALİTE TEMSİLCİSİ	BAŞHEKİM	ENSTİTÜ MÜDÜRÜ

GİDER İDARESİ SÜREÇ TANIMI

BAĞLI OLDUĞU ÜST SÜREC	ANA SÜREÇ	ALT SÜREÇLER	FAALİYETLER	İLGİLİ DOKÜMAN
KAYNAK YÖNETİMİ SÜRECİ	GİDER İDARESİ SÜRECİ	SATIN ALMA SÜRECİ	Onaylı talebin SAK'a gelmesi	SATIN ALMA PROSEDÜRÜ VE KAMU İHALE MEVZUATI
			Talebin SAK'ta görüşülerek karara bağlanması (Alımın gerçekleştirilmesi ve alım türü)	
			Alımın gider gerçekleştirme görevlisi ve harcama yetkilisi tarafından onaylanması	
			Yaklaşık Maliyet Komisyonun Görevlendirilmesi	
			Piyasa fiyat araştırmasının yapılması ve yaklaşık maliyetin belirlenmesi	
			Belirlenen yaklaşık maliyetin YMK tarafından onaylanması	
			Alım dosyasının hazırlanması	
			KİK hükümlerine göre satın almanın gerçekleştirilmesi	
			Alım doğrultusunda gerekiyorsa sözleşmenin oluşturulması ve imzalanması	
			Kurum tarafından teslim alınan hizmetin veya TMY tarafından teslim alınan ürünün muayene komisyonu ve ayrıca hizmet alımları için kontrol teşkilatı tarafından doğrulanması ve kabulü	
			Kabulü yapılan ürünlerin depolanmak ya da tesis edilmek üzere TMYS'e gönderilmesi	
			Sonuçlanan alımların tahakkuk işlemleri için tahakkuk sürecine iletilmesi	
		TAHAKKUK SÜRECİ	Sonuçlanan alımların ve rutin giderlerin faturlandırma işlemleri	
			Gerçekleştirilen alımların hakediş dosyasının kontrolü	
			Ödeme belgesinin Gider gerçekleştirme görevlisi ve harcama yetkilisine onaylatılması	
			Onayanan tahakkukun DS Saymanlığı'na iletilmesi	
			Saymanlıkça ödemenin ödeme sırasına alınması	
			Saymanlıkça ödeme sırası gelen ödemenin yapılması	
		GİDER ANALİZİ ve BÜTÇELEME SÜRECİ	Giderlerin birim bazında hesaplanması ve ilgili verilerin analizi (ilgili verilerin İK ve TMY süreçlerinden alınması)	
			Hazırlanan analiz ve verilerin Maliyet Muhasebesi için DSİM'e iletilmesi	
			Gider bütçesinin hazırlanması	
			Konsolide bütçe hazırlığı için gider bütçesinin DSİM/Strateji Daire Başkanlığına iletilmesi	

GELİR İDARESİ SÜREÇ TANIMI

BAĞLI OLDUĞU ÜST SÜREÇ	ANA SÜREÇ	ALT SÜREÇLER	FAALİYETLER	İLGİLİ DOKÜMAN
KAYNAK YÖNETİMİ SÜRECİ	GELİR İDARESİ SÜRECİ	FATURALAMA ALT SÜRECİ	Fatura birimine hizmet birimlerinden gelen faturlanabilir hizmetlerin kontrol edildikten sonra medulaya ya da ilgili kurumlara (anlaşmalaı kurumlar, vb) gönderilmesi	GELİR İDARESİ PROSEDÜRÜ
			Medula tarafından kontrol edildikten sonra geri gönderilen hatalı hizmetlerin düzeltilerek yeniden medullaya gönderilmesi	
			Dönem sonlandırma işlemlerinin yapılması	
			İlgili döneme ait SGK inceleme dosyalarının hazırlanması, sınıflanması ve SGK'ya gönderilmesi	
			Dosyaların SGK tarafından inçelenmesini takiben, SGK tarafından yapılan kesintilerin incelenmesi ve değerlendirilmesi, itiraz dilekçelerinin hazırlanması	
			SGK mutabakat toplantısına kurum adına katılım sağlanması	
			Mutabakat sonrası kesinti yapılan kalemlerin ve işlemlerin incelenerek ilgili birimlerin bilgilendirilmesinin sağlanması	
			Hizmet alımı olarak Onkoloji Enstitüsü'ne fatura edilen tetkiklerle ilgili evrakların kontrolü ve düzenlenmesi	
			Onkoloji Enstitü'sünden hizmet alımı yapan kurumlara hizmetlerin faturalandırılması	
			Faturalanabilir dosyaların icmallere taşınması	
			İcmallere taşınan faturanabilir dosyaların fatura kaydının yapılması	
		TAHSİLAT (VEZNE) ALT SÜRECİ	Mutemet tarafından ücretli hastalara verilecek hizmete ait ödemelerin tahsil edilmesi, gerektiğinde iade işlemlerinin yapılması	
			Veznedar tarafından firma teminatlarına ait ödemelerin tahsilatı ve iade edilmesi	
			Veznedar tarafından anlaşmalı kurumlara sunulan hizmetlere ait ödemelerin tahsil edilmesi	
			Veznedar tarafından bağışların tahsil edilmesi	
			Veznedar tarafından avans ödemelerinin yapılması, varsa bakiyelerin tahsil edilmesi	
			Veznedar tarafından, Enstitüde hastaların işlerini kolaylaştırmak amacıyla verilen, fotokopi hizmeti ile ilgili ödemelerin tahsilatı	
			Gün sonunda mutemet tarafından ücretli hasta işlemleri ile ilgili gün sonu işlemlerin yapılması ve kasanın veznedara teslim edilmesi	
			Gün sonunda veznedar tarafından gün sonu işlemlerin yapılması ve DMİS'e girilmesi	
			Kasada biriken nakit tutarın veznedar tarafından kontrol edilmesi ve Maliye Bakanlığı tarafından belirlenen limiti aşmayacak şekilde gerektiğinde yine veznedar tarafından Bankaya yatırılması.	
			Sosyal güvencesi olan hastalara ait gelirlerin muhasebe yetkilisi tarafından DMİS'e kaydedilmesi	
			Muhasebe yetkilisi tarafından DMİS üzerinden alacak takibinin yapılması	
		BÜTÇE HAZIRLAMA ALT SÜRECİ	Gelir bütçesinin hazırlanması	

GENEL İDARE SÜREÇ TANIMI

BAĞLI OLDUĞU ÜST SÜREÇ	ANA SÜREÇ	ALT SÜREÇLER	FAALİYETLER	İLGİLİ DOKÜMAN
KAYNAK YÖNETİMİ SÜRECİ	GENEL İDARE	HİZMET ALIMLARI İŞLEYİŞİ	Teknik şartnamelerin hazırlanması için katkı sağlanması	GENEL İDARE SÜREÇİ İŞLEYİŞ PROSEDÜRÜ
			Sözleşme kapsamında gerekli kontrollerin planlanması	
			Plan doğrultusunda gerekli kontrollerin yapılması ve kayıt altına alınması	
			Uygunsuz sonuçlarının raporlanması	
		GÜVENLİK HİZMETLERİ ALT SÜRECİ	Güvenlik hizmetlerinin planlanması	GÜVENLİK HİZMETLERİ İŞLEYİŞ PROSEDÜRÜ
			Binaya giriş çıkışların kontrol edilmesi	
			Beyaz kodun uygulanması	
			Hırsızlık ve sabotaj güvenliğinin sağlanması	
			Kayıp eşyalar ve hasta eşyalarının güvenliği ile ilgili işlemlerin yapılması	
			Hasta yakını, refakatçi ve ziyaretçi güvenliğinin sağlanması	
		TEMİZLİK HİZMETLERİ	Risk alanlarına uygun temizlik yöntemlerinin ve araçlarının belirlenmesi	TEMİZLİK UYGULAMALARI TALİMATI
			Risk alanlarına uygun temizliğin yapılması	
			Temizliğin kayıt altına alınması, kontrolü ve denetiimi	
		ÇAMAŞIRHANE HİZMETLERİ	Çamaşırların toplanması	ÇAMAŞIR TAŞIMA VE ÇAMAŞIR YIKAMA TALİMATI
			Çamaşırhaneye taşınması ve teslim edilmesi	
			Çamaşırların yıkanması, kurutulması, ütülenmesi	
			Çamaşırların dağıtılması	
		YEMEK DAĞITIM HİZMETLERİ ALT SÜRECİ	Rasyonların Düzenlenmesi ve Yemek Siparişi	YEMEK DAĞITIM HİZMETLERİ TALİMATI
			Yemeklerin Dağıtılması	
			Kullanılan Kapların Toplanması Ve Yıkanması	
			Servis Ofisinin Temizliği	
		TESİS GÜVENLİĞİ ALT SÜRECİ	Acil durum ve afet yönetimi ilkelerinin belirlenmesi	TESİS GÜVENLİĞİ PROSEDÜRÜ
			Tehlikeli madde yönetimi ile ilgili ilkelerin belirlenmesi	
			Tıbbi cihaz yönetimi ile ilgili ilkelerin belirlenmesi	
			Altyapı elemanlarının sürekliliğinin sağlanması	
		ARŞİV HİZMETLERİ ALT SÜRECİ	Arşivlenecek dosyalar için uygun ortamın sağlanması	ARŞİV İŞLEYİŞ PROSEDÜRÜ
			Yeni dosya açılması	
			Arşivden dosya istenmesi	
			Dosyaların arşivden çıkışı	
			Dosyaların arşive yeniden kabulü	
			Araştırma amaçlı dosyaların istenmesi, teslimi ve kabulü	
			Dosyların tasnifi ve yerleştirilmesi	
			Dosyadan ya da dosyada bulunan sağlık kayıtlarından örnek alma istemlerinin karşılanması	
			Hasta dosyalarının saklanması ve imhası	
		Çevre ve Atık Yönetimi AS	Atıkların kaynağında ayrıştırılması	ÇEVRE VE ATIK YÖNETİM TALİMATI
			Atıkların niteliğine uygun şekilde taşınması	
			Atıkların niteliğine uygun şekilde geçici depolanması	
			Atıkların niteliğine uygun şekilde uzaklaştırılması	
			Atık yönetimi ile ilgili kontrollerin yapılması ve raporlanması	
			Çalışanlara atık yönetimi eğitimlerinin verilmesi	
			Çevre ile ilgili kontrollerin yapılması	
		Bilgi İşlem Alt Süreci	Hasta Kayıtlarına Veri Girişi ve Veri Girişinin Kontrolü	BİLGİ İŞEM PROSEDÜRÜ
			Hasta Kayıtlarının ve Bilgilerinin Korunması, Saklanması ve Yedeklenmesi	
			Kullanıcı şifrelerinin oluşturulması	
			Logların tutulması	
			Yetkilendirme yapılması	
			Fire wall uygulanması	
			Virüs programlarının kurulması ve güncelliğinin sağlanması	
			Yedekleme yapılması ve yedeklerin saklanması	
			Teknik destek sağlanması	

İNSAN KAYNAKLARI SÜREÇ TANIMI

BAĞLI OLDUĞU ÜST SÜREÇ	ANA SÜREÇ	ALT SÜREÇLER	FAALİYETLER	İLGİLİ DOKÜMAN
KAYNAK YÖNETİMİ SÜRECİ	İNSAN KAYNAKLARI YÖNETİMİ SÜRECİ	İK istihdamı	İhtiyacın belirlenmesi	İNSAN KAYNAKLARI PROSEDÜRÜ
			Temin edilmesi (kadrolu/hizmet alımı)	
			Görevlendirilmesi	
			Oryantasyonun sağlanması (yeni başlayanlar ve görev yeri değişenler için)	
		Personel Eğitim Süreci	Eğitim ihtiyacının belirlenmesi	
			Eğitimlerin planlanması	
			Eğitimlerin verilmesi	
			Eğitimlerin değerlendirilmesi	
			Eğitimlerin kayıt altına alınması	
			Eğitim ihtiyacına göre planda bulunmayan eğitimlerin organize edilmesi	
		Özlük İşleri Süreci	Özlük dosyasının oluşturulması	
			Personel izin takiplerini yapılması	
			İzin listesinin,ayrılan veya yeni başlayan personel listesinin maaşa bildirilmesi	
			Disiplin soruşturmalarının yazışmalarını ve takibinin yapılması	
			Terfilerin takibinin yapılması ve maaşa bildirilmesi.	
			Personel ilgili yazışmalarını yazılması ve takibini yapılması.	
		Personel Memnuniyeti Süreci	Memnuniyet ölçüm araçlarının belirlenmesi (öneri sistemi, anketler, yüz yüze görüşmeler)	
			Ölçümlerin planlanması ve yapılması	
			Ölçüm sonuçlarının değerlendirilmesi	
			Gerekli iyileştirmelerin yapılması	
			Sosyal etkinlik yapılması	
			Ödüllendirme önerilerinin belirlenmesi	

TAŞINIR MAL YÖNETİMİ SÜRECİ TANIMI

BAĞLI OLDUĞU ÜST SÜREÇ	ANA SÜREÇ	ALT SÜREÇLER	FAALİYETLER	İLGİLİ DOKÜMAN
KAYNAK YÖNETİM	TMY		Talebin ve gerekli teknik bilgilerin ilgili birim tarafından oluşturulması	TMY PROSEDÜRÜ
			Talebin Talep Değerlendirme Komisyonu tarafından değerlendirilmesi ve onayı	
			Talep değerlendirme sonuçlarının SA birimine iletilmesi	
			Alınan ürünlerin depoya kabul edilmesi	
			Alınan ürünlerin uygun şekilde depolanması, saklanması	
			Belirtilen ihtiyaca göre birimlere dağıtılması	
			Ürünlerin birimlerde akılcı şekilde tüketilmesi/ kullanılması	
			Stok takibi	
			Hurdaya ayırma/imha işlemleri	

İZLEME ÖLÇME ANALİZ SÜREÇ TANIMLARI

HAZIRLAYAN	GÖZDEN GEÇİREN /KONTROL EDEN	ONAYLAYAN
KALİTE TEMSİLCİSİ	BAŞHEKİM	ENSTİTÜ MÜDÜRÜ

İYİLEŞTİRME SÜREÇ TANIMI

BAĞLI OLDUĞU ÜST SÜREÇ	ANA SÜREÇ	ALT SÜREÇLER	FAALİYETLER	İLGİLİ DOKÜMAN
ÖLÇME-ANALİZ-İYİLEŞTİRME SÜRECİ	İyileştirme Süreci	DÖF İhtiyacının Belirlenmesi Süreci	Potansiyel Uygunsuzluğun/Uygunsuzluğun Değerlendirilmesi	DÜZELTİCİ-ÖNLEYİCİ FAALİYET PROSEDÜRÜ
			Potansiyel Uygunsuzluk/Uygunsuzluk Doğrultusunda DÖF'in Tanımlanması	
			DÖF'in Kayıt Altına Alınması	
		DÖF'in Uygulanması Süreci	DÖF'in Yerine Getirilmesi	
			DÖF Kapatma Talebinin Yapılması	
			DÖF'in Takibi	
		DÖF'ün Kapatılması ve Raporlanması Süreci	DÖF'in Kapatılması	
			DÖF'in Raporlanması ve İletilmesi	

İÇ TETKİK SÜREÇ TANIMI

BAĞLI OLDUĞU ÜST SÜREÇ	ANA SÜREÇ	ALT SÜREÇLER	FAALİYETLER	İLGİLİ DOKÜMAN
ÖLÇME-ANALİZ-İYİLEŞTİRME SÜRECİ	İç Tetkik Süreci	İç Tetkik Hazırlık ve Planlama Süreci	Önceki Tetkik Sonuçlarının Gözden Geçirilmesi	KALİTE İÇ TETKİK PROSEDÜRÜ
			Tetkik Tarihlerinin Belirlenmesi	
			Tetkik Edilecek Süreçlerin Belirlenmesi	
			Tetkikçilerin Belirlenmesi	
			Tetkik Referans Dokümanlarının Belirlenmesi	
			Tetkik Planının Oluşturulması ve Onayı	
			Tetkik Planının Duyurulması	
			Detay Tetkik Planının Oluşturulması	
			Tetkik Dokümanlarının Hazırlanması	
			İlgili Birimlerle Tetkik Tarihlerinin Teyit Edilmesi	
		İç Tetkikin Yapılması Süreci	Açılış Toplantısının Yapılması	
			Rehber Eşliğinde Tetkikin Yürütülmesi	
			Tetkik Sonuçlarının Kaydedilmesi	
		İç Tetkikin Raporlanması Süreci	Tetkik Sonuçlarının Değerlendirilmesi	
			Raporun Yazılması	
			Uygunsuzluk Varsa Düzeltici Faaliyetin Belirlenmesi	
			Kapanış Toplantısının Yapılması	
			Raporların İlgililere Dağıtılması	

MEMNUNİYET ÖLÇÜM SÜREÇ TANIMI

BAĞLI OLDUĞU ÜST SÜREÇ	ANA SÜREÇ	ALT SÜREÇLER	FAALİYETLER	İLGİLİ DOKÜMAN
ÖLÇME-ANALİZ-İYİLEŞTİRME SÜRECİ	MEMNUNİYET ÖLÇÜM SÜRECİ	Memnuniyet Ölçüm Araçlarının Hazırlanması Süreci	Uygun Memnuniyet Ölçüm Araçlarının Belirlenmesi	MEMNUNİYET ÖLÇÜM PROSEDÜRÜ
			Ölçüm Araçlarının Hazırlanması	
			Ölçüm Araçlarının (anketlerin) Onaylanması	
		Memnuniyet Ölçümlerinin Yapılması Süreci	Uygulama Metodu ve Alanının Belirlenmesi	
			Memnuniyet Ölçümlerinin Uygulanması	
			Sonuçların Elde Edilmesi	
		Memnuniyet Ölçüm Sonuçlarının Değerlendirilmesi Süreci	Sonuçların Gruplandırılması	
			Gruplandırılan Sonuçların Değerlendirilmesi	
			Sonuçların Rapor Haline Getirilmesi	

SÜREÇLERİN İZLENMESİ VE ÖLÇÜLMESİ SÜREÇ TANIMI

BAĞLI OLDUĞU ÜST SÜREÇ	ANA SÜREÇ	ALT SÜREÇLER	FAALİYETLER	İLGİLİ DOKÜMAN
ÖLÇME-ANALİZ-İYİLEŞTİRME SÜRECİ	Süreçlerin İzlenmesi ve Ölçülmesi Süreci	İzleme Ölçme Şartlarının Belirlenmesi Süreci	İzleme Ölçme Özelliklerinin tanımlanması	SÜREÇLERİN İZLENMESİ VE ÖLÇÜLMESİ PROSEDÜRÜ
			İzleme Ölçme Periyotlarının Belirlenmesi	
		İzleme Ölçmenin Yapılması ve Raporlanması Süreci	Belirlenmiş Periyotlarda İzleme Ölçme Verilerinin Alınması	
			Sonuçların Kayıt Altına Alınması ve Gruplandırılması	
			Sonuçların Rapor Haline Getirilerek İletilmesi	

VERİ ANALİZİ SÜREÇ TANIMI

BAĞLI OLDUĞU ÜST SÜREÇ	ANA SÜREÇ	ALT SÜREÇLER	FAALİYETLER	İLGİLİ DOKÜMAN
ÖLÇME-ANALİZ-İYİLEŞTİRME SÜRECİ	Verilerin Analizi Süreci	Verilerin Belirlenmesi Süreci	Toplanacak verilerin belirlenmesi	VERİ ANALİZİ PROSEDÜRÜ
			Belirlenen verilerin toplanma yönteminin tanımlanması (sorumlular, periyod, ortam, paylaşım vb)	
		Verilerin Toplanması Süreci	Veri Kaynaklarından Raporların Alınması	
			Uygun Değerlendirme Yönteminin Belirlenmesi	
		Verilerin Analizi ve Raporlama Süreci	Belirlenen Yöntemlerle Analiz Edilmesi	
			Sonuçların Raporlanması ve İletilmesi	

SAĞLIK HİZMETİ SUNUMU SÜRECİ

SÜREÇ TANIMLARI

HAZIRLAYAN	GÖZDEN GEÇİREN /KONTROL EDEN	ONAYLAYAN
KALİTE TEMSİLCİSİ	BAŞHEKİM	ENSTİTÜ MÜDÜRÜ

AMELİYATHANE HİZMETLERİ SÜREÇ TANIMI

BAĞLI OLDUĞU ÜST SÜREÇ	ANA SÜREÇ	ALT SÜREÇLER	FAALİYETLER	İLGİLİ DOKÜMAN
SAĞLIK HİZMETİ SUNUMU SÜRECİ		Ameliyat Öncesi Hazırlık Süreci	Hastada ameliyata karar verilmesi	AMELİYATHANE İŞLEYİŞ PROSEDÜRÜ
			Ameliyat randevusu verilmesi	
			Ameliyat öncesi tetkiklerin yapılması	
			Gerekli konsültasyonların yapılması	
			Tetkik sonuçlarıyla anestezi muayenesi yapılması	
			Hastadan onam alınması	
			Ameliyat için hastanın hazırlanması	
			Ameliyat için malzemelerin hazırlanması	
			Ameliyat için salonun hazırlanması	
			Anestezi ilaç, malzeme ve ekipmanının hazırlanması ve kontrolü	
			Sterilizasyon işlemlerinin yapılması ve takibi	
			Ameliyatların planlanması	
		Ameliyathaneye Transfer Süreci	Hastanın ön hazırlıklarının kontrolü	
			Hastanın ameliyathaneye taşınması	
			Hastanın dosyasının ameliyathaneye ulaştırılması	
			Hastanın ameliyathaneye ve masaya alınması	
		Ameliyat Süreci	Hastanın ameliyathanede son kontrolünün yapılması	
			Güvenli cerrahi ve güvenli anestezi kontrollerinin tamamlanması	
			Hastaya anestezi uygulanması	
			Hastaya profilaksi ve gerekli ise diğer ilaçların uygulanması	
			Ekibin steril olarak hazırlanması	
			Ameliyat masasının hazırlanması	
			Ameliyat bölgesinin hazırlanması	
			Hastanın örtülmesi	
			Ameliyat işleminin uygulanması ve gerekirse eşlik eden işlemlerin (örnek alma, tetkik, vb) yapılması	
			İşlemin sonlandırılması ve hastanın sedyeye alınması	
		Ameliyat Sonrası Bakım Süreci	Hastanın derlenme odasına alınması	
			Hastanın ameliyat sonrası kontrollerinin yapılması	
			Hastanın post-op bakımının planlanması ve dosyasına işlenmesi	
			Hastanın ve hasta dosyasının ameliyathaneden ilgili birime transferi	
			Ameliyat raporunun hazırlanması	
			Hastaya kullanılan malzeme ve ilaçların, yapılan girişimlerin kaydedilmesi	

TIBBİ BİYOKİMYA LABORATUVARI HİZMETLERİ SÜREÇ TANIMI

BAĞLI OLDUĞU ÜST SÜREÇ	ANA SÜREÇ	ALT SÜREÇLER	FAALİYETLER	İLGİLİ DOKÜMAN
SAĞLIK HİZMETİ SUNUMU SÜRECİ	TIBBİ BİYOKİMYA LABORATUVARI HİZMETLERİ SÜRECİ	Preanalitik Süreç	Test isteminin yapılması	TIBBİ BİYOKİMYA LABORATUVARI İŞLEYİŞ PROSEDÜRÜ
			Örneklerin alınması	
			Örneklerin Laboratuvara ulaştırılması	
			Örneklerin kaydı	
			Örneklerin Laboratuvara kabulü ve laboratuvar içinde transferi	
			Örneklerin ilgili Laboratuvarda kaydı	
			Cihazların hazırlığı/bakımı/kontrolü	
			Kullanılacak kitlerin kontrolü	
			Çalışma düzeninin belirlenmesi	
		Analitik Süreç	Örnek kontrolü	
			Örneklerin çalışılması	
		Analiz Sonrası Süreç	Sonuçların yorumlanması ve onaylanması	
			Sonuçların Laboratuvarda kaydı	
			Sonuçları raporlama	
			Sonuçların hastaya bildirilmesi	
			Acil sonuçların özel olarak bildirilmesi (panik değer bildirimi)	
			Örneklerin saklanması	

BRAKİTERAPİ ALT SÜREÇLERİ SÜREÇ TANIMI

BAĞLI OLDUĞU ÜST SÜREÇ	ANA SÜREÇ	ALT SÜREÇLER	FAALİYETLER	İLGİLİ DOKÜMAN
SAĞLIK HİZMETİ SUNUMU SÜRECİ	GÜNÜBİRLİK TEDAVİ, GİRİŞİM HİZMETLERİ SÜRECİ	BRT Alt Süreci	BRT'ye yönlendirilen hastanın değerlendirilmesi	BRAKİTERAPİ İŞLEYİŞ PROSEDÜRÜ
			Hastanın tetkiklerinin incelenmesi	
			Hastanın muayene edilmesi ve bulguların kaydı	
			BRT endikasyonu varsa ilgili planlamaların yapılması	
			BRT hemşiresi tarafından BRT randevusunun verilmesi	
			Anestezi gerekecekse hastanın An. Bölümüne yönlendirilmesi	
			Hemşirelik anamnezinin alınması	
			Hastanın işlemle ilgili bilgilendirilmesi ve hasta onamının alınması	
			Uygulama öncesi hasta dosyasının gözden geçirilmesi	
			İşlemde kullanılacak malzemenin order ve temin edilmesi	
			İşlemin uygulanması	
			BRT ameliyathanesinin hazırlığı	
			BRT cihazlarının kontrolü	
			İşlem uygulanacak hastaların dosyalarının alınması	
			Hastanın kimliklendirilmesi ve günübirlik yatışının yapılması	
			Hastanın işlem öncesi hazırlığının yapılması	
			Hastanın BRT ameliyathanesine alınması	
			Kullanılacak steril malzemenin kontrolü	
			Ameliyat masasının hazırlanması	
			Kullanılan RA kaynakların kontrolü	
			Uygulama öncesi hastanın son muayenesinin yapılması ve aplikatörlerin dr tarafından yerleştirilmesi, (anestezi altında ya da uyanık olarak)	
			C kollu x-ray cihazı ile kontrol görüntülerinin alınması ve planlama birimine görüntülerin aktarılması	
			Hastanın planlama birimine transferi	
			BRT planının hazırlanması ve onaylanması	
			Hastanın tedavi birimine transferi	
			Tedavinin başlatılması	
			Tedavi ile ilgili kayıtların tutulması	
			Tedavi bitiminde hastanın BRT ameliyathanesine geri götürülerek aplikatörlerin çıkarılması	
			İşlem sonrası bakım ve taburculuk işlemleri	
			Hastanın işlem sonrası gerekli kontrollerinin ve bakımının yapılması	
			Hastanın reçetesinin düzenlenmesi	
			Hastanın hemşire tarafından tedavi sonrasına ilişkin bilgilendirilmesi	
			Hastanın taburcu edilmesi, kontrol randevusunun verilmesi	
			Hastanın epikrizinin düzenlenmesi	
			Dosyaların arşive gönderilmesi	

ÇALIŞAN VE HASTA GÜVENLİĞİ SÜREÇ TANIMI

BAĞLI OLDUĞU ÜST SÜREÇ	ANA SÜREÇ	ALT SÜREÇLER	FAALİYETLER	İLGİLİ DOKÜMAN
SAĞLIK HİZMETİ SUNUMU SÜRECİ	ÇALIŞAN VE HASTA GÜVENLİĞİ SÜRECİ	Planlama Süreci	Çalışan ve hasta güvenliği konusunda ekiplerin oluşturulması ve görev, yetki, sorumluluklarının tanımlanması	ÇALIŞAN GÜVENLİĞİ VE HASTA GÜVENLİĞİ PROSEDÜRLERİ
			Çalışan ve Hasta güvenliği açısından risk analizlerinin yapılması	
			Risk yönetim planlarının oluşturulması	
			Gerekli eğitimlerin verilmesi	
		Hasta Güvenliği Süreci	Hastanın doğru kimliklendirilmesinin sağlanması	
			Bakım verenler arasında etkili iletişimin sağlanması(kullanımı sakıncalı kısaltmaların belirlenmesi, panik değer bildirimi, sözel order ve doğru order uygulamaları)	
			İlaç güvenliğinin sağlanması(fonetik benzer ilaçlar,ambalajı benzer ilaçlar, YRİ , narkotik ilaçlar, pediatrik dozlar,terapötik aralığı dar ilaçlar, hastanın yanında getirdiği ilaçların kontrolü, ilaç saklama koşullarının kontrolü, ilaç-ilaç etkileşimleri, ilaç-besin etkileşimleri, advers etki bildirimleri, ilaç allerjilerinin kayıt altına alınması,...)	
			Güvenli cerrahi uygulamalarının sağlanması (Girişim ve operasyonlar sırasında doğru hasta, doğru girişim, doğru taraf, doğru alan, doğru seviye doğrulamalarının yapılması, güvenli cerrahi ve güvenli anestezi önlemleri)	
			Sağlık bakımı ilintili enfeksiyonların azaltılması	
			Hastalara uygulanacak transfüzyonların risklerinin azaltılması	
			Düşmelerin ve düşmelere bağlı hasarların önlenmesi	
			Medikal ekipman güvenliği ve Cerrahi yanıkların önlenmesi	
			Sıra beklemeye bağlı olumsuzlukların önlenmesi	
			Hastaların kendilerine zarar verebilme risklerinin azaltılması (suicid riskinin değerlendirilmesi,...)	
			Kardiyopulmoner arrest sırasında zamanında ve etkin müdahale sağlanması (mavi kod)	
			Bebek güvenliğinin sağlanması (pembe kod)	
		Çalışan Güvenliği Süreci	Meslek hastalıklarından korunma ve riskli alanlarda çalışmaktan kaynaklanabilecek sorunların önlenmesi (Sağlık çalışanları için koruyucu önlemlerin tanımlanması ve sağlanması)	
			Çalışanların hastane enfeksiyonlarından korunması (İzolasyon önlemleri, el hijyeni uygulamaları, Kesici delici alet yaralanmalarının izlenmesi)	
			Olağanüstü durumlarda yapılacakların belirlenmesi	
			Tehlikeli maddelerle temas durumunda yapılacakların belirlenmesi ve tehlikeli madde yönetimine ilişkin önlemler	
			Darpların önlenmesi (beyaz kod)	
		Raporlama ve kontrol	Olay bildirimlerinin HÇGK'e iletilmesi	
			Olay bildirimlerinin gözden geçirilmesi ve değerlendirilmesi	
			İyileştirmelerin planlanması ve gerçekleştirilmesi	
			İyileştirmelerin kayıt altına alınması	
			Planlanan önlemlerin etkinliğinin izlenmesi	
			Risk analizi ve risk planlarının gözden geçirilmesi, gerekirse güncellenmesi	

ENFEKSİYON KONTROL SÜREÇ TANIMI

BAĞLI OLDUĞU ÜST SÜREÇ	ANA SÜREÇ	ALT SÜREÇLER	FAALİYETLER	İLGİLİ DOKÜMAN
SAĞLIK HİZMETİ SUNUMU SÜRECİ	ENFEKSİYON KONTROL SÜRECİ	Enfeksiyon Kontrolü Planlama Süreci	Hastane Enfeksiyon Kontrol Komitesinin oluşturulması	ENFEKSİYON KONTROL PROSEDÜRÜ ve Yataklı Tedavi Kurumları Enfeksiyon Kontrol Yönetmeliği 11.08.2005/RG 25903
			Enfeksiyon risk analizlerinin yapılması	
			Risk yönetim planlarının oluşturulması	
			Enfeksiyon Kontrolü konusunda ekiplerin oluşturulması ve görev, yetki, sorumluluklarının tanımlanması	
			Çalışanlara eğitimlerin verilmesi ve gerekli durumlarda hasta ve hasta yakınlarının bilgilendirilmesi	
		Enfeksiyon Kontrolü Uygulama Süreci	Sürveyans uygulamaları (Enfeksiyon oranlarının saptanması sorunların tanımlanması ve çözüm önerilerinin oluşturulması)	
			Salgın araştırma ve önleme	
			Atık Yönetimi	
			Antibiyotik kullanımı	
			Personelin Hİ'dan korunması (El Hijyeni uygulamaları, kişisel koruyucu ekipman kullanımı, aşılama, kontamine materyalle temasın önlenmesi ve izlenmesi)	
			Tadilat ve yapı işlerinde alınacak önlemlerin planlanması	
			İzolasyon uygulamaları	
			Sterilizasyon-Dezenfeksiyon uygulamaları	
			Temizlik Uygulamaları	
			Sorumluları tarafından gerekli kontrollerin yapılması ve sonuçların raporlanması	
		Enfeksiyon Kontrolü Önlemlerinin Etkinliğinin İzlenmesi	Gerekli iyileştirme çalışmalarının başlatılması	
			Enfeksiyon Kontrol Komitelerinin toplantılarının yapılması	
			Kararların oluşturulması	
			İlgili birimlere sonuçların iletilmesi	

KANSER GENETİĞİ LABORATUVARI HİZMETLERİ ALT SÜREÇLERİ TANIMI

BAĞLI OLDUĞU ÜST SÜREÇ	ANA SÜREÇ	ALT SÜREÇLER	FAALİYETLER	İLGİLİ DOKÜMAN
SAĞLIK HİZMETİ SUNUMU SÜRECİ	KANSER GENETİĞİ LABORATUVARI HİZMETLERİ ALT SÜRECİ	Preanalitik Süreç	Test isteminin yapılması	KANSER GENETİĞİ LABORATUVARI İŞLEYİŞ PROSEDÜRÜ
			Örneklerin alınması	
			Örneklerin Laboratuvara ulaştırılması	
			Testler için hastadan/bireyden onam alınması	
			Örneklerin kaydı	
			Cihazların hazırlığı/bakımı/kontrolü	
			Kullanılacak kitlerin kontrolü	
			Örneklerin gerekli işlemlerden geçirilmesi	
		Analitik Süreç	İşlem sonuçlarının değerlendirilmesi ve yorumlanması	
		Post-Analitik Süreç	Sonuçların raporlanması	
			Sonuçların ilgililere bildirimi	
			Örneklerin saklanması	

MOLEKÜLER LABORATUVARI HİZMETLERİ ALT SÜREÇLERİ TANIMI

BAĞLI OLDUĞU	ANA SÜREÇ	ALT SÜREÇLER	FAALİYETLER	İLGİLİ DOKÜMAN
SAĞLIK HİZMETİ SUNUMU SÜRECİ	MOLEKÜLER LABORATUVARI HİZMETLERİ ALT SÜRECİ	Preanalitik Süreç	Test isteminin yapılması	MOLEKÜLER LABORATUVARI İŞLEYİŞ PROSEDÜRÜ
			Örneklerin alınması	
			Örneklerin Laboratuvara ulaştırılması	
			Testler için hastadan/bireyden onam alınması	
			Örneklerin kaydı	
			Cihazların hazırlığı/bakımı/kontrolü	
			Kullanılacak kitlerin kontrolü	
			Örneklerin gerekli işlemlerden geçirilmesi	
		Analitik Süreç	İşlem sonuçlarının değerlendirilmesi ve yorumlanması	
		Post-Analitik Süreç	Sonuçların raporlanması	
			Sonuçların ilgililere bildirimi	
			Örneklerin saklanması	

GÖRÜNTÜLEME SÜREÇ TANIMI

BAĞLI OLDUĞU ÜST SÜREÇ	ANA SÜREÇ	ALT SÜREÇLER	FAALİYETLER	İLGİLİ DOKÜMAN
SAĞLIK HİZMETİ SUNUMU SÜRECİ	GÖRÜNTÜLEME SÜRECİ	Radyoloji Hizmetleri Süreci	Tetkik isteği ve kayıt işlemleri	GÖRÜNTÜLEME SÜRECİ İŞLEYİŞ PROSEDÜRÜ
			Tetkik isteğinin yapılması	
			Hastaya (çekime uygunsa) randevu verilmesi	
			Hastanın bilgilendirilmesi ve Onam gerektiren işlemlerde hastanın onamının alınması	
			Hazırlık işlemleri	
			Cihazların hazırlanması	
			Hastanın hazırlığı ve gerekli ilaç uygulamalarının yapılması	
			Tetkik işlemleri	
			İşlemin uygulanması	
			Sonuçların raporlanması	
			Hastaya sonuçların ulaştırılması	

KLİNİK SÜREÇ TANIMI

BAĞLI OLDUĞU ÜST SÜREÇ	ANA SÜREÇ	ALT SÜREÇLER	FAALİYETLER	İLGİLİ DOKÜMAN
SAĞLIK HİZMETİ SUNUMU SÜRECİ	KLİNİK SÜRECİ	Hastanın Servise Nakli/ Kabulü Süreci	Servis çalışma düzeninin planlanması organizasyonu	KLİNİK İŞLEYİŞ PROSEDÜRÜ
			Hastanın servise alınması	
			Hastaya dosya çıkarılması	
			Hastaya servisin tanıtılması ve gerekli eğitimin verilerek kayıt altına alınması	
			Hasta kimliklendirilmesi	
			Hastadan anamnez alınması	
			Hastanın muayene edilmesi	
		Hasta Tanı Tedavi Bakım Hizmetleri Süreci	Hasta dosyasının doldurulması (hekim/hemşire)	
			Hastanın tanı-tedavi planının yapılması	
			Hastaya işlemler hakkında bilgi verilmesi/onam alınması	
			Gerekli girişimlerin uygulanması	
			Tetkiklerin istenmesi/ gönderilmesi	
			Konsültasyon	
			Gerekli tedavini uygulanması	
			Hasta bakım planının oluşturulması ve uygulaması	
			Özel tedavi uygulamaları	
		Hastanın Servisten Çıkma Süreci	Hastanın epikrizinin hazırlanması	
			Hastanın taburculuk işlemlerinin yapılması	
			Hastanın taburcu sonrası tedavi ve bakım planının hazırlanması	
			Hastaya taburculuk sonrası tedavi ve bakımıyla ilgili eğitimlerin verilmesi ve kayıt altına alınması	
			Gerekli ise diğer servise nakli işlemi	
			Ölümle sonlanırsa ölü hazırlama ve morga ulaştırma	

KEMOTERAPİ ALT SÜRECİ SÜREÇ TANIMI

BAĞLI OLDUĞU ÜST SÜREÇ	ANA SÜREÇ	ALT SÜREÇLER	FAALİYETLER	İLGİLİ DOKÜMAN
SAĞLIK HİZMETİ SUNUMU SÜRECİ	GÜNÜBİRLİK TEDAVİ, GİRİŞİM HİZMETLERİ SÜRECİ	Günübirlik Kemoterapi Süreçleri	Kemoterapi randevusunun alınması	GÜNÜBİRLİK TEDAVİ, GİRİŞİM VE DİYALİZ HİZMETLERİ İŞLEYİŞ PROSEDÜRLERİ
			Hastanın değerlendirilmesi ve kemoterapi onayı verilmesi	
			Kemoterapi ilaçlarının hazırlanması	
			Randevu günü kliniğe kayıt	
			Kemoterapi ilaçları, uygulama hakkında bilgi verilmesi	
			Kemoterapi ilaçlarının uygulanması	
			Gereğinde destek tedavilerinin uygulanması	
			Kemoterapi formunun doldurulup onaylanması	
			Hasta Transfer işlemlerinin yapılması	
			Antineoplastik ilaçları hazırlayan/uygulayan kişi ve çevrenin ilaca maruziyeti yapılacaklar	
			Birimin/cihazların işlem öncesi hazırlığı ve kontrolü	
			Günübirlik Kemoterapi Ünitesi Girişim Odası İşlemleri	
			Kayıt ve hastanın kabulü	
			Hasta onamının alınması/kontrolü	
			Girişimle ilgili tıbbi bilgilerin kaydı	

PATOLOJİ LABORATUVARI HİZMETLERİ ALT SÜREÇLERİ TANIMI

BAĞLI OLDUĞU ÜST SÜREÇ	ANA SÜREÇ	ALT SÜREÇLER	FAALİYETLER	İLGİLİ DOKÜMAN
SAĞLIK HİZMETİ SUNUMU SÜRECİ	PATOLOJİ LABORATUVARI HİZMETLERİ ALT SÜRECİ	**Preanalitik Süreç**	Genel işleyiş	PATOLOJİ LABORATUVARI İŞLEYİŞ PROSEDÜRÜ
			Onam alınması	
			Hasta kaydı	
			Materyalin kabulü	
		Analitik Süreç	Makroskopi	
			Doku tespiti ve doku takibi	
			Bloklama	
			Kesit yapma	
			Boyama	
			Lamların teslimi	
			Patolojik mikroskobi	
			Patoloji raporunun hazırlanması	
			Sitoloji	
			Lamların teslimi	
			Sitolojik mikroskopi	
			Sitoloji raporunun hazırlanması	
		Post-Analitik Süreç	Raporun yazılması ve düzenlenmesi	
			Hastayı bilgilendirme	
			Rapor teslimi	
			Rapor sonucu bildirimi	
			Sağlık hizmet formunun teslimi	
			Örneklerin Saklanması	
			Örneklerin atılması	

POLİKLİNİK HİZMETLERİ SÜREÇ TANIMI

BAĞLI OLDUĞU ÜST SÜREÇ	ANA SÜREÇ	ALT SÜREÇLER	FAALİYETLER	İLGİLİ DOKÜMAN
SAĞLIK HİZMETİ SUNUMU SÜRECİ	POLİKLİNİK HİZMETLERİ SÜRECİ	Poliklinik planlama süreci	Poliklinik çalışma düzeninin belirlenmesi	POLİKLİNİK İŞLEYİŞ PROSEDÜRÜ
		Hasta kayıt ve kabul süreci	Randevu verme	
			Randevu listelerinin hazırlanması	
			Randevulu gelen hastanın randevusunun ve SG kontrolü	
			Randevusuz /sevkli gelen hastaların SGK kontrolü ve kabulü	
			Hasta kayıt ve sevk formu/barkod düzenlenmesi	
			Poliklinik sekreteryası tarafından sıra numarası verilmesi	
		Muayene süreci	Poliklinik sekreteryası tarafından hasta dosyalarının hazırlanması	
			Hekim tarafından hasta dosyasının kontrolü ve gerekli kayıtların yapılması	
			Hastadan anamnez alınması	
			Hastanın muayenesi ve gerekli tıbbi işlemin uygulanması	
			Muayene bulgularının ve sonuçlarının kaydedilmesi	
			Muayene sonrası hastadan tetkik istenmesi	
			Muayene sonrası hastaya reçete verilmesi/önerilerde bulunulması ve hastanın bilgilendirilmesi	
			Muayene sonrası hastanın başka merkeze/birime yönlendirilmesi	
			Muayene sonrası hastanın yatış/kontrol için yönlendirilmesi	
			Hastanın eğitim gereksiniminin belirlenmesi	
			Eğitim verilmesi	

RADYOTERAPİ ALT SÜREÇLERİ SÜREÇ TANIMI

BAĞLI OLDUĞU ÜST SÜREÇ	ANA SÜREÇ	ALT SÜREÇLER	FAALİYETLER	İLGİLİ DOKÜMAN
SAĞLIK HİZMETİ SUNUMU SÜRECİ	GÜNÜBİRLİK TEDAVİ, GİRİŞİM HİZMETLERİ SÜRECİ	Radyoterapi Hizmetleri Süreci	Randevulandırma (simülasyon ve tedavi için) ve hastanın hazırlığı	RADYOTERAPİ İŞLEYİŞ PROSEDÜRÜ
			Poliklinik hekimi tarafından endikasyonun konulması	
			Simülasyon randevusunun planlanması, randevu listelerinin oluşturulması	
			Randevulu hastaların dosyalarının temin edilmesi	
			Simülasyon öncesi hastanın hazırlanması	
			Chazların kontrolü	
			Simülasyon ve planlama	
			Hasta bilgilerinin kaydedilmesi	
			Hastanın simüle edilmesi	
			İşleme ilişkin bilgilerin kaydedilmesi	
			Hastanın RT işlemi için yönlendirilmesi ve fizik hesaplarının yapılması	
			(Sanal simülasyonda) CT çekiminin yapılması, çekim sonuçlarının volüm çizim bölümüne on-line gönderilmesi	
			(Sanal simülasyonda)Volüm çalışmasının yapılması (teknisyen ve hekim tarafından) ve kontrolü (sorumlu öğr gör ve radyolog tarafından)	
			(Sanal simülasyonda)Onaylanan volümlerin fizik planlama bölümüne on-line gönderilmesi	
			(Sanal simülasyonda)Planlamanın yapılması (hekim ve fizikçi tarafından) ve onaylanması (Sor. Öğr. Gör.)	
			(Sanal simülasyonda)Onaylananan planların tedavi cihazına on-line gönderilmesi	
			Planlanan RT verilerinin hasta dosyasına işlenmesi	
			Hastanın çağrılması	
			Set-up'la birlikte tedavinin başlatılması	
			Tedavi bitiminde hastanın polikliniğe yönlendirilmesi	
			Epikriz hazırlanması	
			Hastaya klinik kontrol randevularının verilmesi	

TRANSFÜZYON MERKEZİ SÜREÇ TANIMI

BAĞLI OLDUĞU ÜST SÜREÇ	ANA SÜREÇ	ALT SÜREÇLER	FAALİYETLER	İLGİLİ DOKÜMAN
SAĞLIK HİZMETİ SUNUMU SÜRECİ	TRANSFÜZYON MERKEZİ SÜRECİ	Hastalara kan ve kan ürünü sağlama süreci (Transfüzyon Merkezi Süreci)	Kan/Kan ürünü isteğinin bilgisayardan kontrolü ve doğrulaması	KAN MERKEZİ İŞLEYİŞ PROSEDÜRLERİ
			Kan/Kan ürününün hazırda varsa kayıt yapılarak ilgiliye verilmesi	
			Kan /Kan ürünü yoksa ürünün Bölge Kan Merkezinden temin edilmesi	
			Gerektiğinde Ürünün rezerve olarak saklanması	
			Kan /Kan ürünü kullanım kaydının tutulması	
		Kan ve kan ürününün kullanıma hazırlığı süreci	Kan/Kan ürünü için çapraz-karşılaştırma (Cross) yapılması	
			Gerekli ise ürünün ışınlanması	
			Kan/kan ürünü sonuç ve işlemlerinin kaydının yapılması	
			Kan/kan ürünü sonuç kağıdının hazırlanması	
		Donör Hizmetleri Süreci	Donör formunun doldurtulması	
			Donör formunun incelenmesi ve uygun donörleri belirlemek	
			Donör adaylarına bilgi verilmesi	
			Donör adaylarından direkt torba kan alınması	
			Tetkiklerin yapılması	
			Tetkik sonuçları ile uygun bulunan donörlere ait torbaların, kan/kan ürünü olarak kullanıma ayrılması	
			Aferez işlemleri için gelenlerde önce tetkiklerin yapılması	
			Tetkik sonuçları uygun olanlara aferez işlemi uygulanması	
			Alınan kan/Kan ürününde gerekli hazırlık işlemlerinin yapılması	
			Kan /kan ürününün ilgililere ulaştırılmak üzere kaydedilip saklanması	
			Tetkik sonuçları uygun olmayanların ilgili birimlere yönlendirilmesi	
		Transfüzyon Merkezi ortamının uygunluğunun sağlanması	Kan merkezi ortamında enfeksiyon kontrolünün sağlanması (hijyen kontrolü, el hijyeni, vb uygulamalar)	
			Kan merkezi ortamında altyapı uygunluğunun sağlanması	
			Kan merkezi ortamında ilaç ve tıbbi malzeme uygunluğunun sağlanması (depo, dolap ve crash-card kontrolleri)	
			Çalışan ve hasta güvenliği önlemlerinin alınması	
			Kan merkezi ortamında medikal cihazların uygunluğunun sağlanması (cihaz bakımları, kontrolleri ve kalibrasyonlar)	

ONKOLOJİ ENSTİTÜSÜ

SÜREÇ PLANLARI

HAZIRLAYAN	GÖZDEN GEÇİREN /KONTROL EDEN	ONAYLAYAN
KALİTE TEMSİLCİSİ	BAŞHEKİM	ENSTİTÜ MÜDÜRÜ

HASTANE İLETİŞİM SÜRECİ SÜREÇ PLANI

	HASTANE İLETİŞİM SÜRECİ SÜREÇ PLANI	**Doküman No :**OE-HİS-PL-001 **İlk Yayın Tarihi:** 15.08.2017 **Revizyon No :**01	**Revizyon Tarihi :**21.12.2018 **Sayfa No :**1/1
SÜRECİN ADI		**HASTANE İLETİŞİM SÜRECİ**	
SÜRECİN SAHİBİ/SAHİPLERİ		Başhekimlik/ Enstitü Müdürlüğü	
SÜRECİN ÖLÇÜLEBİLİR HEDEFLERİ		Aktif kullanılan iletişim aracı oranının %100 olması	
SÜRECİN PLANLANMASI	**Sürecin Girdileri**	İletilecek ileti	
	Sürecin Kaynakları	İnsan, zaman, mekan, donanım	
	Sürecin Planlanan Çıktıları	Yerine ulaşmış ileti	
SÜRECİN UYGULANMASI (GERÇEKLEŞTİRME)		Hastane İletişim Süreci İşleyiş Prosedürü	
SÜRECİN KONTROLÜ (İZLENMESİ VE ÖLÇÜLMESİ)		1. Toplam aktif kullanılan iletişim aracı sayısı	
		2. Çalışan bazlı kullanılan aktif iletişim aracı sayısı	
		3. Kurum içi bazlı kullanılan aktif iletişim aracı sayısı	
		4. İÜ Birimleri bazlı kullanılan aktif iletişim aracı sayısı	
		5. Öğrenci bazlı kullanılan aktif iletişim aracı sayısı	
		6. Mezun bazlı kullanılan aktif iletişim aracı sayısı	
		7. Hasta ve yakınları bazlı kullanılan aktif iletişim aracı sayısı	
		8. Tedarikçi bazlı kullanılan aktif iletişim aracı sayısı	
		9. Dış kurum bazlı kullanılan aktif iletişim aracı sayısı	
		10. WEB sitesi güncelleme sayısı	
SÜRECE İLİŞKİN ÖNLEMLER (İYİLEŞTİRMELER)	**Değerlendirme (Analiz) Periyodu**	Hedefler için 1 ay, indikatörler için 1 ay	
	Değerlendirme (Analiz) Metodu	Çeşitli istatistiksel teknikler (pareto, histogram, grafik,…)	
	Raporlama	Kalite Birimi, Başhekimlik/Enstitü Müdürlüğü'ne	
HAZIRLAYAN KALİTE SİSTEM SORUMLUSU		**GÖZDEN GEÇİREN/KONTROL EDEN** KALİTE TEMSİLCİSİ	**ONAYLAYAN** BAŞHEKİM, ENSTİTÜ MÜDÜRÜ

HASTANE YÖNETİM GÖZDEN GEÇİRME SÜRECİ SÜREÇ YÖNETİM PLANI

	HASTANE YÖNETİM GÖZDEN GEÇİRME SÜRECİ SÜREÇ PLANI	**Doküman No** :OE-HYGGS-PL-001 **İlk Yayın Tarihi:** 15.08.2017 **Revizyon No** :02	**Revizyon Tarihi** :01.01.2020 **Sayfa No** :1/1
SÜRECİN ADI		**HASTANE YGG SÜRECİ**	
SÜRECİN SAHİBİ/SAHİPLERİ		Enstitü Müdürü	
SÜRECİN ÖLÇÜLEBİLİR HEDEFLERİ		Yılda bir kez HYGG gerçekleştirilmesi	
SÜRECİN PLANLANMASI	**Sürecin Girdileri**	Toplantı gündem maddeleri	
	Sürecin Kaynakları	Katılımcılar, zaman, mekan, donanım	
	Sürecin Planlanan Çıktıları	Toplantı tutanakları ve kararlar	
SÜRECİN UYGULANMASI (GERÇEKLEŞTİRME)		Hastane YGG Süreci İşleyiş Prosedürü	
SÜRECİN KONTROLÜ (İZLENMESİ VE ÖLÇÜLMESİ)		1. Alınan kararlar içinde (kararla uyumlu zamanda) uygulanan karar oranı	
		2. Geçen HYGG'den sonra devam eden iyileştirme eylemi oranı	
		3. İyileştirme eylem planına alınan iyileştirme ihtiyacı sayısı	
SÜRECE İLİŞKİN ÖNLEMLER (İYİLEŞTİRMELER)	**Değerlendirme (Analiz) Periyodu**	Hedefler için 1 yıl, indikatörler için 1 yıl	
	Değerlendirme (Analiz) Metodu	Çeşitli istatistiksel teknikler (pareto, histogram, grafik,…)	
	Raporlama	Kalite Birimi ,Başhekimlik/Enstitü Müdürlüğü'ne	
HAZIRLAYAN KALİTE SİSTEM SORUMLUSU		**GÖZDEN GEÇİREN/KONTROL EDEN** KALİTE TEMSİLCİSİ	**ONAYLAYAN** BAŞHEKİM, ENSTİTÜ MÜDÜRÜ

HASTANE YÖNETİMİ TOPLANTI SÜRECİ SÜREÇ YÖNETİM PLANI

	HASTANE YÖNETİMİ TOPLANTI SÜRECİ SÜREÇ PLANI	**Doküman No :**OE-HYTS-PL-001 **İlk Yayın Tarihi:** 15.08.2017 **Revizyon No :**01	**Revizyon Tarihi :**21.12.2018 **Sayfa No :**1/1

SÜRECİN ADI		**HASTANE YÖNETİMİ TOPLANTI SÜRECİ**
SÜRECİN SAHİBİ/SAHİPLERİ		Enstitü Müdürlüğü
SÜRECİN ÖLÇÜLEBİLİR HEDEFLERİ		Gündeme alınmış maddeler içinde karara bağlanan madde oranını %80 ve üzerinde tutmak
SÜRECİN PLANLANMASI	**Sürecin Girdileri**	Toplantı gündem maddeleri
	Sürecin Kaynakları	Katılımcılar, zaman, mekan, donanım
	Sürecin Planlanan Çıktıları	Toplantı tutanakları ve kararlar
SÜRECİN UYGULANMASI (GERÇEKLEŞTİRME)		Hastane Yönetimi Toplantı Süreci İşleyiş Prosedürü
SÜRECİN KONTROLÜ (İZLENMESİ VE ÖLÇÜLMESİ)		1.Toplantıya katılım oranı
		2. Gündeme alınmış maddeler içinde karara bağlanan madde oranı
		3. Karara bağlanan konular içinde kurumsal özellikte olan karar oranı
		4. Kararların ilgililere en uzun iletilme süresi (Gün)
SÜRECE İLİŞKİN ÖNLEMLER (İYİLEŞTİRMELER)	**Değerlendirme (Analiz) Periyodu**	1 aylık/ 1 aylık
	Değerlendirme (Analiz) Metodu	Çeşitli istatistiksel teknikler (pareto, histogram, grafik,…)
	Raporlama	Kalite Birimi, Enstitü Müdürlüğü'ne

HAZIRLAYAN	**GÖZDEN GEÇİREN/KONTROL EDEN**	**ONAYLAYAN**
KALİTE SİSTEM SORUMLUSU	KALİTE TEMSİLCİSİ	BAŞHEKİM, ENSTİTÜ MÜDÜRÜ

GİDER İDARESİ SÜREÇ YÖNETİM PLANI

	GİDER İDARESİ SÜREÇ YÖNETİM PLANI	**Doküman No :** OE-GD-PL-001 **İlk Yayın Tarihi:** 15.08.2017 **Revizyon No :** 01	**Revizyon Tarihi :**21.12.2018 **Sayfa No :** 1/1
SÜRECİN ADI		**GİDER İDARESİ SÜRECİ**	
SÜRECİN SAHİBİ/SAHİPLERİ		Gider İdare Süreç Sorumlusu ve Çalışanları	
SÜRECİN ÖLÇÜLEBİLİR HEDEFLERİ		Gider bütçesine en az %90 uyum	
SÜRECİN PLANLANMASI	**Sürecin Girdileri**	Bütçe	
	Sürecin Kaynakları	İnsan, zaman, mekan, donanım, mali kaynaklar	
	Sürecin Planlanan Çıktıları	Bütçeye uyum	
SÜRECİN UYGULANMASI (GERÇEKLEŞTİRME)		Gider İdaresi İşleyiş Prosedürü ve KİK	
		1. Önceki dönem gideri	
		2. Dönem toplam gideri	
		3. Dönem gelir/gider oranı	
SÜRECE İLİŞKİN ÖNLEMLER (İYİLEŞTİRMELER)	**Değerlendirme (Analiz) Periyodu**	Hedef için 1 yıl, indikatörler için 1 ay	
	Değerlendirme (Analiz) Metodu	Çeşitli istatistiksel teknikler (pareto, histogram, grafik,…)	
	Raporlama	Kalite Birimi, Süreç Sorumlusu ve Enstitü Müdürlüğü'ne	
HAZIRLAYAN İLGİLİ BİRİM/SÜREÇ YÖNETİCİSİ		**GÖZDEN GEÇİREN/KONTROL EDEN** KALİTE TEMSİLCİSİ	**ONAYLAYAN** BAŞHEKİM, ENSTİTÜ MÜDÜRÜ

GELİR İDARESİ SÜREÇ YÖNETİM PLANI

	GELİR İDARESİ SÜREÇ YÖNETİM PLANI	**Doküman No :** OE-GE-PL-001 **İlk Yayın Tarihi:**15.08.2017 **Revizyon No** :03	**Revizyon Tarihi :**01.01.2020 **Sayfa No:**1/1
SÜRECİN ADI		**GELİR İDARESİ SÜRECİ**	
SÜRECİN SAHİBİ/SAHİPLERİ		Gelir İdaresi Süreç Sorumlusu ve Çalışanları	
SÜRECİN ÖLÇÜLEBİLİR HEDEFLERİ		Dönem kesinti oranının %0,1' in altında olması.	
SÜRECİN PLANLANMASI	**Sürecin Girdileri**	Tamamlanmış ve faturalandırmaya hazır hizmetler	
	Sürecin Kaynakları	İnsan, zaman, mekan, donanım	
	Sürecin Planlanan Çıktıları	Fatura	
SÜRECİN UYGULANMASI (GERÇEKLEŞTİRME)		Gelir İdaresi İşleyiş Prosedürü	
SÜRECİN KONTROLÜ (İZLENMESİ VE ÖLÇÜLMESİ)		1. Toplam gelir 2. Faturalı gelir 3. Satıştan İadeler 4. Tahsilatlar 5. Bir önceki döneme göre gelir değişimi	
SÜRECE İLİŞKİN ÖNLEMLER (İYİLEŞTİRMELER)	**Değerlendirme (Analiz) Periyodu**	Hedefler için 1 ay, indikatörler için 1 ay	
	Değerlendirme (Analiz) Metodu	Çeşitli istatistiksel teknikler (pareto, histogram, grafik,…)	
	Raporlama	Kalite Birimi, Süreç Sorumlusu ve Başhekimlik/Enstitü Müdürlüğü'ne	
HAZIRLAYAN İLGİLİ BİRİM/SÜREÇ YÖNETİCİSİ		**GÖZDEN GEÇİREN/KONTROL EDEN** KALİTE TEMSİLCİSİ	**ONAYLAYAN** BAŞHEKİM, ENSTİTÜ MÜDÜRÜ

GENEL İDARE SÜRECİ SÜREÇ YÖNETİM PLANI

	GENEL İDARE SÜRECİ SÜREÇ PLANI	**Doküman No :** OE-GN-PL-001 **İlk Yayın Tarihi:** 15.08.2017 **Revizyon No :** 02	**Revizyon Tarihi :01.01.2020** **Sayfa No :** 1/1
SÜRECİN ADI		**GENEL İDARE SÜRECİ**	
SÜRECİN SAHİBİ/SAHİPLERİ		Genel İdare Süreç Sorumlusu ve Çalışanları	
SÜRECİN ÖLÇÜLEBİLİR HEDEFLERİ		İlgili dönemde her bir destek hizmetle ilgili uygunsuzluk sayısının biri geçmemesi	
SÜRECİN PLANLAMASI	**Sürecin Girdileri**	Destek hizmet ihtiyacı	
	Sürecin Kaynakları	İnsan, zaman, mekan, donanım	
	Sürecin Planlanan Çıktıları	Hizmetin kesintisiz devamı	
SÜRECİN UYGULANMASI (GERÇEKLEŞTİRME)		Genel İdare Süreci İşleyiş Prosedürü	
SÜRECİN KONTROLÜ (İZLENMESİ VE ÖLÇÜLMESİ)		1.Yemeklerle ilgili hasta ve yakınlarından gelen şikayet sayısı 2. Günlük ortalama randevulu hareket gören dosya sayısı 3. Günlük ortalama randevusuz hareket gören dosya sayısı 4. Atık ayrıştırma hatası kaynaklı olay bildirim sayısı 5. Bildirimi yapılan beyaz kod sayısı 6. Çamaşırlarla ilgili çalışanlardan gelen şikayet sayısı 7. Çamaşırlarla ilgili hasta ve yakınlarından gelen şikayet sayısı 8. Temizlikle ilgili çalışanlardan gelen şikayet sayısı 9 . Temizlikle ilgili hasta ve yakınlarından gelen şikayet sayısı 10. Atölyeye günlük ortalama arıza bildirim sayısı 11. Atölyede ortalama arızaya müdahale süresi 12. Bilgisayar donanım arızalarında günlük ortalama bildirim sayısı 13.Bilgisayar donanım arızalarında müdahale süresi 14. İlgili dönemde hizmet alımlarında kontrol teşkilatı raporlarında belirtilen uygunsuzluk sayısı 15. Teknik Birimin Hastane Bilgi Yönetim Sistemi (HBYS) Arızalarına ortalama müdahale süresi 16. HBYS'nin Devre Dışı Kaldığı Süre	
SÜRECE İLİŞKİN ÖNLEMLER (İYİLEŞTİRMELER)	**Değerlendirme (Analiz) Periyodu**	Hedefler için 1 ay, indikatörler için 1 ay	
	Değerlendirme (Analiz) Metodu	Çeşitli istatistiksel teknikler (pareto, histogram, grafik,…)	
	Raporlama	Kalite Birimi, Süreç Sorumlusu ve Başhekimlik	
HAZIRLAYAN İLGİLİ BİRİM/SÜREÇ YÖNETİCİSİ		**GÖZDEN GEÇİREN/KONTROL EDEN** KALİTE TEMSİLCİSİ	**ONAYLAYAN** BAŞHEKİM, ENSTİTÜ MÜDÜRÜ

İK YÖNETİMİ SÜREÇ YÖNETİM PLANI

	İK YÖNETİMİ SÜREÇ YÖNETİM PLANI	**Doküman No :** OE-İK-PL-001 **İlk Yayın Tarihi:** 15.08.2017 **Revizyon No :** 02	**Revizyon Tarihi : 01.01.2020** **Sayfa No:1/1**

SÜRECİN ADI		**İNSAN KAYNAKLARI SÜRECİ**
SÜRECİN SAHİBİ/SAHİPLERİ		İK Süreç Sorumlusu ve Çalışanları
SÜRECİN ÖLÇÜLEBİLİR HEDEFLERİ		İstifa nedeniyle ayrılan bazlı personel devir hızının %2,5 altında olması, çalışan memnuniyet oranının %70 ve üzerinde olması
SÜRECİN PLANLAMASI	**Sürecin Girdileri**	Personel ihtiyacı
	Sürecin Kaynakları	İnsan, zaman, donanım, mekan, eğitim materyalleri….
	Sürecin Planlanan Çıktıları	Doğru istihdam edilmiş, eğitimli, mutlu, işe uygun çalışan
SÜRECİN UYGULANMASI (GERÇEKLEŞTİRME)		İK Prosedürü
SÜRECİN KONTROLÜ (İZLENMESİ VE ÖLÇÜLMESİ)		1. İşten ayrılmaların nedenlerine dağılımı
		2. İşe başlayan bazlı personel devir hızı (2547 - 657 – sürekli işçi)
		3. İşe yeni başlayanlar içinde (ilk 6 ay içinde) genel oryantasyon eğitimi verilenlerin oranı
		4. Birim değiştiren ya da birime yeni başlayan personel içinde (ilk bir ay içinde) birim oryantasyon eğitimi verilenlerin oranı
		5. Akademik eğitimler hariç eğitim planlarına uyum oranı
		6. Ortalama eğitim katılım oranı
		7. Meslek bazlı eğitim katılım oranı
		8. İK takibinde olan işlemler içinde, ilgili personel tarafından İK'ya iletilmiş olmasına rağmen, hatalı yapılması nedeniyle SGK'dan cezai işlem başlatılan işlem sayısı
		9. SGK tarafından başlatılan cezai işlemlerin nedenlerine dağılımı
		10. Mesleki eğitimine uygun bölümde çalışmayan personel oranı
		11. Hemşire bölüm değiştirme oranı
SÜRECE İLİŞKİN ÖNLEMLER (İYİLEŞTİRMELER)	**Değerlendirme (Analiz) Periyodu**	Hedefler için 1 ay, indikatörler için 1 ay
	Değerlendirme (Analiz) Metodu	Çeşitli istatistiksel teknikler (pareto, histogram, grafik,…)
	Raporlama	Kalite Birimi, Süreç Sorumlusu ve Başhekimlik

HAZIRLAYAN	**GÖZDEN GEÇİREN/KONTROL EDEN**	**ONAYLAYAN**
İLGİLİ BİRİM/SÜREÇ YÖNETİCİSİ	KALİTE TEMSİLCİSİ	BAŞHEKİM, ENSTİTÜ MÜDÜRÜ

TAŞINIR MAL YÖNETİMİ SÜRECİ SÜREÇ YÖNETİM PLANI

	TAŞINIR MAL YÖNETİMİ SÜRECİ SÜREÇ YÖNETİM PLANI	**Doküman No :** OE-TMY-PL-001 **İlk Yayın Tarihi:** 15.08.2017 **Revizyon No :** 01	**Revizyon Tarihi : 21.12.2018** **Sayfa No:1/1**

SÜRECİN ADI		**TAŞINIR MAL YÖNETİMİ SÜRECİ**
SÜRECİN SAHİBİ/SAHİPLERİ		TMY Süreç Sorumlusu ve Çalışanları, TKKY
SÜRECİN ÖLÇÜLEBİLİR HEDEFLERİ		İmha edilen ürün oranın %0,1'in altında olması.
SÜRECİN PLANLANMASI	**Sürecin Girdileri**	Birimlerden gelen ürün talebi
	Sürecin Kaynakları	İnsan, mekan, donanım, taşıt, ilaç, malzeme, cihaz, vb.
	Sürecin Planlanan Çıktıları	Karşılanmış talep
SÜRECİN UYGULANMASI (GERÇEKLEŞTİRME)		TMY İşleyiş Prosedürü
SÜRECİN KONTROLÜ (İZLENMESİ VE ÖLÇÜLMESİ)		1.Aylık Ortalama stok maliyeti (kırtasiye, tıbbi sarf, basit sarf, ilaç, laboratuvar kalemlerinde ayrı ayrı)
		2. Aylık Ortalama tüketim maliyeti (kırtasiye, tıbbi sarf, basit sarf, ilaç, laboratuvar kalemlerinde ayrı ayrı)
		3. Ay boyunca hareket görmeyen kalem sayısı (ürünlerin neler olduğu)
		4. Sanal stok/reel stok uyum oranı (depo bazında)
SÜRECE İLİŞKİN ÖNLEMLER (İYİLEŞTİRMELER)	**Değerlendirme (Analiz) Periyodu**	Hedefler için 1 ay, indikatörler için 1 ay
	Değerlendirme (Analiz) Metodu	Çeşitli istatistiksel teknikler (pareto, histogram, grafik,…)
	Raporlama	Kalite Birimi, Süreç Sorumlusu ve Başhekimlik/Enstitü Müdürlüğü'ne

HAZIRLAYAN	**GÖZDEN GEÇİREN/KONTROL EDEN**	**ONAYLAYAN**
İLGİLİ BİRİM/SÜREÇ YÖNETİCİSİ	KALİTE TEMSİLCİSİ	BAŞHEKİM, ENSTİTÜ MÜDÜRÜ

İYİLEŞTİRME SÜRECİ SÜREÇ YÖNETİM PLANI

	İYİLEŞTİRME SÜRECİ SÜREÇ YÖNETİM PLANI	**Doküman No:** OE-İS-PL-001 **İlk Yayın Tarihi:** 15.08.2017 **Revizyon No :** 01	**Revizyon Tarihi : 21.12.2018** **Sayfa No:1/1**

SÜRECİN ADI		**İYİLEŞTİRME SÜRECİ**
SÜRECİN SAHİBİ/SAHİPLERİ		Kalite Temsilcisi
SÜRECİN ÖLÇÜLEBİLİR HEDEFLERİ		Önleyici/Düzeltici faaliyet oranının 1'den büyük olması
SÜRECİN PLANLANMASI	**Sürecin Girdileri**	Uygunsuzluk tespit araçları
	Sürecin Kaynakları	İnsan, zaman, mekan, donanım
	Sürecin Planlanan Çıktıları	Belirlenmiş tüm uygunsuzlukların giderilmesi, potansiyel uygunsuzlukların giderilmesi
SÜRECİN UYGULANMASI (GERÇEKLEŞTİRME)		Düzeltici ve Önleyici Faaliyet Prosedürü, Uygun Olmayan Hizmet ve Ürünün Kontrolü Prosedürü
SÜRECİN KONTROLÜ (İZLENMESİ VE ÖLÇÜLMESİ)		1.Açılan düzeltici faaliyet sayısı
		2.Açılan önleyici faaliyet sayısı
		3.Düzeltici/önleyici faaliyet oranı
		4. DÖF sonuçlandırma oranı
		5. Tüm DÖF'ler içinde Uygun Olmayan Hizmet/Ürün uygunsuzluk oranı
		6. Tüm DÖF'ler içinde Olay Bildirim Formu ile tespit edilen uygunsuzluk oranı
		7. Tüm DÖF'ler içinde hasta şikayeti/memnuniyetsizliği kaynaklı uygunsuzluk oranı
		8. Tüm DÖF'ler içinde çalışan şikayeti/memnuniyetsizliği kaynaklı uygunsuzluk oranı
		9. Tüm DÖF'ler içinde iç tetkiklerde tespit edilen uygunsuzluk oranı
		10. Tüm DÖF'ler içinde dış tetkiklerde tespit edilen uygunsuzluk oranı
		11. Tüm DÖF'ler içinde süreç izlem parametreleri kaynaklı uygunsuzluk oranı
SÜRECE İLİŞKİN ÖNLEMLER (İYİLEŞTİRMELER)	**Değerlendirme (Analiz) Periyodu**	Hedefler için 1 ay, indikatörler için 1 ay
	Değerlendirme (Analiz) Metodu	Çeşitli istatistiksel teknikler (pareto, histogram, grafik,…)
	Raporlama	Kalite Birimi, Süreç Sorumlusu/Başhekimlik

HAZIRLAYAN	**GÖZDEN GEÇİREN/KONTROL EDEN**	**ONAYLAYAN**
KALİTE SİSTEM SORUMLUSU	KALİTE TEMSİLCİSİ	BAŞHEKİM, ENSTİTÜ MÜDÜRÜ

İÇ TETKİK SÜRECİ SÜREÇ YÖNETİM PLANI

	İÇ TETKİK SÜRECİ SÜREÇ YÖNETİM PLANI	**Doküman No :**OE-İTS-PL-001 **İlk Yayın Tarihi:** 15.08.2017 **Revizyon No :**01	**Revizyon Tarihi : 21.12.2018** **Sayfa No:1/1**
SÜRECİN ADI		**İÇ TETKİK SÜRECİ**	
SÜRECİN SAHİBİ/SAHİPLERİ		Kalite Temsilcisi	
SÜRECİN ÖLÇÜLEBİLİR HEDEFLERİ		Tüm süreçlerde yılda en az bir kez iç tetkik yapılması, saptanan uygunsuzluk sayısında geçen iç tetkik dönemine göre %10 azalma olması	
SÜRECİN PLANLAMASI	**Sürecin Girdileri**	İç tetkik planı	
	Sürecin Kaynakları	İnsan, zaman, mekan, donanım	
	Sürecin Planlanan Çıktıları	İç tetkik raporları	
SÜRECİN UYGULANMASI (GERÇEKLEŞTİRME)		İç Tetkik Prosedürü	
SÜRECİN KONTROLÜ (İZLENMESİ VE ÖLÇÜLMESİ)		1. Planlanan iç tetkiklerin, belirlenen zaman aralığında gerçekleşme oranı	
		2. İç tetkik gerçekleştirilen süreç oranı (bir yılda en az bir kez iç tetkik yapılan süreç oranı)	
		3. İç tetkik değerlendirme anketi ortalama puanı	
		4. Önceki iç denetimlerden devam eden uygunsuzluk oranı	
		5. Süreçlerde tespit edilen ortalama uygunsuzluk sayısı	
		6. Toplam uygunsuzluk sayısında geçen iç tetkik dönemine göre azalma oranı	
		7. DÖF açılan uygunsuzluk oranı	
		8. DÖF açılan uygunsuzluk sayısında geçen iç tetkik dönemine göre azalma oranı	
SÜRECE İLİŞKİN ÖNLEMLER (İYİLEŞTİRMELER)	**Değerlendirme (Analiz) Periyodu**	Hedefler için 1 ay, indikatörler için 1 ay	
	Değerlendirme (Analiz) Metodu	Çeşitli istatistiksel teknikler (pareto, histogram, grafik,…)	
	Raporlama	Kalite Birimi, Süreç Sorumlusu ve Başhekimlik/ Enstitü Müdürlüğü'ne	
HAZIRLAYAN KALİTE SİSTEM SORUMLUSU		**GÖZDEN GEÇİREN/KONTROL EDEN** KALİTE TEMSİLCİSİ	**ONAYLAYAN** BAŞHEKİM, ENSTİTÜ MÜDÜRÜ

MEMNUNİYET ÖLÇÜM SÜRECİ SÜREÇ YÖNETİM PLANI

	MEMNUNİYET ÖLÇÜM SÜRECİ SÜREÇ YÖNETİM PLANI	**Doküman No:** OE-MOS-PL-001 **İlk Yayın Tarihi:** 15.08.2017 **Revizyon No** : 01	**Revizyon Tarihi : 21.12.2018** **Sayfa No:1/1**

SÜRECİN ADI		**MEMNUNİYET ÖLÇÜM SÜRECİ**
SÜRECİN SAHİBİ/SAHİPLERİ		Kalite Temsilcisi, Başhekim, Hasta Hakları Birimi
SÜRECİN ÖLÇÜLEBİLİR HEDEFLERİ		Yatan hasta memnuniyet oranının %80 ve üzerinde olması, ayaktan hasta memnuniyet oranının %70 ve üzerinde olması, Çalışan memnuniyet oranının %70 ve üzerinde olması
SÜRECİN PLANLANMASI	**Sürecin Girdileri**	Memnuniyet ölçüm araçları
	Sürecin Kaynakları	İnsan, zaman, mekan, donanım
	Sürecin Planlanan Çıktıları	Memnuniyet oranları
SÜRECİN UYGULANMASI (GERÇEKLEŞTİRME)		Memnuniyet Ölçüm Prosedürü
SÜRECİN KONTROLÜ (İZLENMESİ VE ÖLÇÜLMESİ)		1. Memnuniyet ölçüm araçları ile ulaşılan personel oranı 2. Çalışan memnuniyetinin en yüksek olduğu konu başlığı 3. Çalışan memnuniyetinin en düşük olduğu konu başlığı 4. Yatan hasta memnuniyetinin en yüksek olduğu konu başlığı 5. Yatan hasta memnuniyetinin en düşük olduğu konu başlığı 6. Ayaktan hasta memnuniyetinin en yüksek olduğu konu başlığı 7. Ayaktan hasta memnuniyetinin en düşük olduğu konu başlığı 8. Yazılı hasta şikayeti sayısında geçen döneme göre azalma oranı 9. Hasta şikayetlerinin birimlere dağılımı 10. Hasta şikayetlerinin nedenlere dağılımı
SÜRECE İLİŞKİN ÖNLEMLER (İYİLEŞTİRMELER)	**Değerlendirme (Analiz) Periyodu**	Hedefler için 1 ay, indikatörler için 1 ay
	Değerlendirme (Analiz) Metodu	Çeşitli istatistiksel teknikler (pareto, histogram, grafik,…)
	Raporlama	Kalite Birimi, Başhekimlik/Enstitü Müdürlüğü'ne

HAZIRLAYAN	**GÖZDEN GEÇİREN/KONTROL EDEN**	**ONAYLAYAN**
KALİTE SİSTEM SORUMLUSU	KALİTE TEMSİLCİSİ	BAŞHEKİM, ENSTİTÜ MÜDÜRÜ

SÜREÇLERİN İZLENMESİ VE ÖLÇÜLMESİ SÜRECİ SÜREÇ YÖNETİM PLANI

	SÜREÇLERİN İZLENMESİ VE ÖLÇÜLMESİ SÜRECİ SÜREÇ YÖNETİM PLANI	**Doküman No:** OE-SIOS- PL-001 **İlk Yayın Tarihi:** 15.08.2017 **Revizyon No :** 01	**Revizyon Tarihi : 21.12.2018** **Sayfa No:1/1**

SÜRECİN ADI		**SÜREÇLERİN İZLENMESİ VE ÖLÇÜLMESİ SÜRECİ**
SÜRECİN SAHİBİ/SAHİPLERİ		Kalite Temsilcisi
SÜRECİN ÖLÇÜLEBİLİR HEDEFLERİ		Tüm süreçler için belirlenmiş parametrelerin %100'ünün izlenmesi ve hedefe ulaşma durumunun en az %80 olması
SÜRECİN PLANLANMASI	**Sürecin Girdileri**	Süreç planları
	Sürecin Kaynakları	İnsan, zaman, mekan, donanım
	Sürecin Planlanan Çıktıları	Belirlenen hedefe ulaşan/belirlenen eşiği aşamayan süreç izlem parametreleri
SÜRECİN UYGULANMASI (GERÇEKLEŞTİRME)		Süreçlerin İzlenmesi ve Ölçülmesi Prosedürü
SÜRECİN KONTROLÜ (İZLENMESİ VE ÖLÇÜLMESİ)		1.İndikatörler içinde elektronik olarak izlenebilenlerin oranı
		2. İndikatörler içinde manuel olarak izlenenlerin oranı
		3.Hedefe ulaşılan süreç oranı
		4. Tüm indikatörleri izlenebilen süreç oranı
SÜRECE İLİŞKİN ÖNLEMLER (İYİLEŞTİRMELER)	**Değerlendirme (Analiz) Periyodu**	Hedefler için 1 ay, indikatörler için 1 ay
	Değerlendirme (Analiz) Metodu	Çeşitli istatistiksel teknikler (pareto, histogram, grafik,…)
	Raporlama	Kalite Birimi, Başhekimlik/Enstitü Müdürlüğü'ne

HAZIRLAYAN	**GÖZDEN GEÇİREN/KONTROL EDEN**	**ONAYLAYAN**
KALİTE SİSTEM SORUMLUSU	KALİTE TEMSİLCİSİ	BAŞHEKİM, ENSTİTÜ MÜDÜRÜ

VERİ ANALİZİ SÜREÇ YÖNETİM PLANI

	VERİ ANALİZİ SÜREÇ YÖNETİM PLANI	**Doküman No:** OE-VAS- PL-001 **İlk Yayın Tarihi:** 15.08.2017 **Revizyon No :** 01	**Revizyon Tarihi : 21.12.2018** **Sayfa No:1/1**
SÜRECİN ADI		**VERİ ANALİZİ SÜRECİ**	
SÜRECİN SAHİBİ/SAHİPLERİ		Kalite Temsilcisi	
SÜRECİN ÖLÇÜLEBİLİR HEDEFLERİ		Üst Yönetim tarafından belirlenen tüm verilerde (kategori G) izlem sağlamak	
SÜRECİN PLANLANMASI	**Sürecin Girdileri**	Süreç planları	
	Sürecin Kaynakları	İnsan, zaman, mekan, donanım	
	Sürecin Planlanan Çıktıları	Analiz edilmiş veri	
SÜRECİN UYGULANMASI (GERÇEKLEŞTİRME)		Veri Analizi Prosedürü	
SÜRECİN KONTROLÜ (İZLENMESİ VE ÖLÇÜLMESİ)		1.İzlenen veri sayısı	
		2. İzlenen verilerin kategorilere dağılımı	
		3.İzlenen veriler içinde belirlenen hedefe ulaşanların (ya da belirlenen eşiği aşmayanların) oranı	
		4.Raporlama açısından Veri Yönetim Çizelgesi'ne uyum oranı	
SÜRECE İLİŞKİN ÖNLEMLER (İYİLEŞTİRMELER)	**Değerlendirme (Analiz) Periyodu**	Hedefler için 1 ay, indikatörler için 1 ay	
	Değerlendirme (Analiz) Metodu	Çeşitli istatistiksel teknikler (pareto, histogram, grafik,…)	
	Raporlama	Kalite Birimi, Başhekimlik/Enstitü Müdürlüğü'ne	
HAZIRLAYAN KALİTE SİSTEM SORUMLUSU		**GÖZDEN GEÇİREN/KONTROL EDEN** KALİTE TEMSİLCİSİ	**ONAYLAYAN** BAŞHEKİM, ENSTİTÜ MÜDÜRÜ

AMELİYATHANE HİZMETLERİ SÜREÇ PLANI

	AMELİYATHANE HİZMETLERİ SÜREÇ PLANI	**Doküman No :**OE-AMS-PL-001 **İlk Yayın Tarihi:** 15.08.2017 **Revizyon No :**01	**Revizyon Tarihi : 21.12.2018** **Sayfa No:1/1**

SÜRECİN ADI		**AMELİYATHANE HİZMETLERİ SÜRECİ**
SÜRECİN SAHİBİ/SAHİPLERİ		Ameliyathane Koordinatörü, Ana Bilim Dalı Hemşirelik Hizmetleri Sorumlusu, Sorumlu Hemşire
SÜRECİN ÖLÇÜLEBİLİR HEDEFLERİ		CAİ hızının (prosedür spesifik) UHESA standartlarına uygun olması, Partikül sayımının standartlara uygun olması
SÜRECİN PLANLANMASI	**Sürecin Girdileri**	Ameliyathane kullanım durumu bilgisi, tıbbi değerlendirmesi yapılarak ameliyathaneye alınan hasta.
	Sürecin Kaynakları	Ameliyathane çalışanları (Cerrahi branş hekimleri, konsültan hekimler, hemşireler, sağlık memurlar, teknisyenler, sekreterler, yardımcı personeller), ameliyathane çalışma alanları, makine, donanım, ilaç ve tıbbi malzemeler, doğal kaynaklar, zaman.
	Sürecin Planlanan Çıktıları	Yataklı birime alınmış hasta
SÜRECİN UYGULANMASI (GERÇEKLEŞTİRME)		Ameliyathane işleyiş prosedürü
SÜRECİN KONTROLÜ (İZLENMESİ VE ÖLÇÜLMESİ)		1. Ameliyathaneye 48 saat içinde planlanmamış dönüş oranı- (yatan , ayaktan) 2. Doğru doldurulan Güvenli Cerrahi Kontrol Formu oranı 3. Cerrahi operasyonlarda görülen anestezi komplikasyon oranı
SÜRECE İLİŞKİN ÖNLEMLER (İYİLEŞTİRMELER)	**Değerlendirme (Analiz) Periyodu**	Hedef için 1 ay, indikatörler için 1 ay
	Değerlendirme (Analiz) Metodu	Çeşitli istatistiksel teknikler (pareto, histogram, grafik,…)
	Raporlama	Kalite Birimi, Süreç Sorumlusu/Başhekimlik

HAZIRLAYAN	**GÖZDEN GEÇİREN/KONTROL EDEN**	**ONAYLAYAN**
İLGİLİ BİRİM/SÜREÇ SORUMLUSU	KALİTE TEMSİLCİSİ	BAŞHEKİM

BİYOKİMYA LABORATUVARI ALT SÜRECİ SÜREÇ PLANI

	BİYOKİMYA LABORATUVARI ALT SÜRECİ SÜREÇ PLANI	**Doküman No :**OE-BK-PL-001 **İlk Yayın Tarihi:**15.08.2017 **Revizyon No :**01	**Revizyon Tarihi : 21.12.2018** **Sayfa No:1/1**

SÜRECİN ADI		**BİYOKİMYA LABORATUVAR HİZMETLERİ SÜRECİ**
SÜRECİN SAHİBİ/SAHİPLERİ		Sorumlu uzman
SÜRECİN ÖLÇÜLEBİLİR HEDEFLERİ		Reddedilen örnek oranını %1'in altında tutmak, acil hematoloji testlerinde sonuç verme süresini 1 saati geçmemesi, acil biyokimya testlerinde sonuç verme süresini 2 saati geçmemesi
SÜRECİN PLANLANMASI	**Sürecin Girdileri**	Çalışılmak üzere hastadan alınmış örnek
	Sürecin Kaynakları	Laboratuvar çalışanları, laboratuvar çalışma alanları, makine, donanım, kit ve tıbbi malzemeler, doğal kaynaklar, zaman.
	Sürecin Planlanan Çıktıları	Sonuçlanmış örnek
SÜRECİN UYGULANMASI (GERÇEKLEŞTİRME)		Laboratuvar işleyiş prosedürü
SÜRECİN KONTROLÜ (İZLENMESİ VE ÖLÇÜLMESİ)		1. Reddedilen örnek oranı 2. İstenen test sayısı 3. Reddedilen örneklerin nedenlere dağılımı 4. Reddedilen örneklerin birimlere dağılımı 5. Tekrar çalışılan test oranı 6. External kalite kontrol başarı oranı (+/- 2 sd dışı test oranı)
SÜRECE İLİŞKİN ÖNLEMLER (İYİLEŞTİRMELER)	**Değerlendirme (Analiz) Periyodu**	Hedefler için 1 ay, indikatörler için 1 ay
	Değerlendirme (Analiz) Metodu	Çeşitli istatistiksel teknikler (pareto, histogram, grafik,…)
	Raporlama	Kalite Birimi, Süreç Sorumlusu/Başhekimlik

HAZIRLAYAN	**GÖZDEN GEÇİREN/KONTROL EDEN**	**ONAYLAYAN**
İLGİLİ BİRİM/SÜREÇ SORUMLUSU	KALİTE TEMSİLCİSİ	BAŞHEKİM

BRAKİTERAPİ ALT SÜRECİ SÜREÇ PLANI

	BRAKİTERAPİ ALT SÜRECİ SÜREÇ PLANI	**Doküman No :**OE-BRT-PL-001 **İlk Yayın Tarihi:** 15.08.2017 **Revizyon No :**02	**Revizyon Tarihi : 01.01.2020** **Sayfa No:1/1**

SÜRECİN ADI		**BRAKİTERAPİ HİZMETLERİ ALT SÜRECİ**
SÜRECİN SAHİBİ/SAHİPLERİ		Sorumlu Ana Bilim Dalı Başkanı, Sorumlu Hekimler, Sorumlu sağlık fizikçileri, Sorumlu Teknisyenler, Sorumlu BRT Ameliyathanesi Hemşiresi
SÜRECİN ÖLÇÜLEBİLİR HEDEFLERİ		Serviks kanserinde BRT kararı ile ilk BRT seansı arasında geçen sürenin 15 gün ve altında olması
SÜRECİN PLANLANMASI	**Sürecin Girdileri**	Randevusunu almış ve gerekli işlemleri tamamlayarak gelmiş hasta
	Sürecin Kaynakları	Birim çalışanları (Radyasyon onkologları, anestezi hekimleri, gerekli hallerde diğer branş hekimleri, hemşireler, sağlık fizikçisi, teknisyenler, yardımcı personeller,)çalışma alanları, donanım, ilaç ve tıbbi malzemeler, doğal kaynaklar, zaman.
	Sürecin Planlanan Çıktıları	Tedavisini sorunsuz tamamlamış hasta
SÜRECİN UYGULANMASI (GERÇEKLEŞTİRME)		Brakiterapi Hizmetleri İşleyiş Prosedürü
SÜRECİN KONTROLÜ (İZLENMESİ VE ÖLÇÜLMESİ)		1. BRT kararı ile ilk BRT seansı arasında geçen süre 2. Randevu verilen hastalar içinde klinik dışı nedenlerle BRT'si iptal olan hasta oranı 3. Haftalık BRT uygulama sayısı
SÜRECE İLİŞKİN ÖNLEMLER (İYİLEŞTİRMELER)	**Değerlendirme (Analiz) Periyodu**	Hedefler için 1 ay, indikatörler için 1 ay
	Değerlendirme (Analiz) Metodu	Çeşitli istatistiksel teknikler (pareto, histogram, grafik,…)
	Raporlama	Kalite Birimi, Süreç Sorumlusu/Başhekimlik

HAZIRLAYAN	**GÖZDEN GEÇİREN/KONTROL**	**ONAYLAYAN**
İLGİLİ BİRİM/SÜREÇ SORUMLUSU	KALİTE TEMSİLCİSİ	BAŞHEKİM

ÇALIŞAN VE HASTA GÜVENLİĞİ SÜREÇ PLANI

	ÇALIŞAN VE HASTA GÜVENLİĞİ SÜREÇ PLANI	**Doküman No :**OE-CHGS-PL-001 **İlk Yayın Tarihi:**15.08.2017 **Revizyon No :**03	**Revizyon Tarihi :** 01.01.2020 **Sayfa No :**1/1
SÜRECİN ADI		**ÇALIŞAN VE HASTA GÜVENLİĞİ SÜRECİ**	
SÜRECİN SAHİBİ/SAHİPLERİ		Çalışan ve Hasta Güvenliği Komitesi Başkanı ve Üyeleri	
SÜRECİN ÖLÇÜLEBİLİR HEDEFLERİ		Neredeyse Olay/ Olay Oranının 1 den büyük olması, Kişisel sağlık takibi yapılabilen personelin tüm personele oranı (riskli alanlarda çalışan personel; KTÜ, radyasyon alanları, ameliyathane, laboratuvarlar)	
SÜRECİN PLANLAMASI	**Sürecin Girdileri**	Çalışma şartları, hasta şartları, altyapı ve donanım şartları, hizmet sunum şartları	
	Sürecin Kaynakları	Hasta ve Çalışan Güvenliği Komitesi, tüm çalışanlar, çalışma ortamları, makine, donanım, ilaç ve tıbbi malzemeler, doğal kaynaklar, zaman.	
	Sürecin Planlanan Çıktıları	Çalışan ve hasta güvenliği risk yönetim planları	
SÜRECİN UYGULANMASI (GERÇEKLEŞTİRME)		Çalışan ve Hasta Güvenliği Prosedürü	
SÜRECİN KONTROLÜ (İZLENMESİ VE ÖLÇÜLMESİ)		1. Dönem içinde gerçekleşen ve kayıt altına alınan istenmedik olay sayısı	
		2.Hasta güvenliğini etkileyen bildirim sayısı	
		3.Çalışan güvenliğini etkileyen bildirim sayısı	
		4.Çalışan ve hasta güvenliğini etkileyen bildirim sayısı	
		5.Bildirilen olayların içinde neredeyse olayların sayısı	
		6.Kesici/Delici alet yaralanma oranı	
		7.Kan ve vücut sıvılarına maruz kalma oranı	
		8.Çalışanlara yönelik şiddet olay sayısı	
		9.Mavi kodda olay yerine ortalama ulaşma süresi	
		10. Eksiksiz doldurulan mavi kod olay formu oranı	
		11.Eksiksiz doldurulan beyaz kod olay formu oranı	
		12.Bildirilen İlaç hatası sayısı (birim bazlı)	
		13. Bildirilen transfüzyon hatası sayısı (birim bazlı)	
		14. Bildirilen düşme sayısı (hasta ve çalışan)	
		15. Bildirilen hatalı kimlik doğrulama ve tanımlama yapılan hasta sayısı (birim bazlı)	
		16.Bildirilen tehlikeli madde dökülme-saçılma/temas sayısı	
SÜRECE İLİŞKİN ÖNLEMLER (İYİLEŞTİRMELER)	**Değerlendirme (Analiz) Periyodu**	Hedefler için 1 ay, indikatörler için 1 ay	
	Değerlendirme (Analiz) Metodu	Çeşitli istatistiksel teknikler (pareto, histogram, grafik,…)	
	Raporlama:	Kalite Birimi, Süreç Sorumlusu/Başhekimlik	

HAZIRLAYAN	**GÖZDEN GEÇİREN KONTROL EDEN**	**ONYLAYAN**
İLGİLİ BİRİM/SÜREÇ SORUMLUSU	KALİTE TEMSİLCİSİ	BAŞHEKİM

ECZANE ALT SÜRECİ SÜREÇ PLANI

	ECZANE ALT SÜRECİ SÜREÇ PLANI	**Doküman No :**OE-ECZ-PL-001 **İlk Yayın Tarihi:**15.08.2017 **Revizyon No :**02	**Revizyon Tarihi : 01.01.2020** **Sayfa No:1/1**

SÜRECİN ADI		**ECZANE ALT SÜRECİ**
SÜRECİN SAHİBİ/SAHİPLERİ		TMY Süreç Yöneticisi, Eczacı ve eczane çalışanları
SÜRECİN ÖLÇÜLEBİLİR HEDEFLERİ		OE eczanesinden reçetesi-orderı hatalı (yanlış- eksik ilaç gönderimi) çıkış yapılan hasta sayısı
SÜRECİN PLANLANMASI	**Sürecin Girdileri**	Birimlerden gelen ilaç ve tıbbi malzeme talebi
	Sürecin Kaynakları	İnsan, mekan, donanım, taşıt, ilaç, malzeme, cihaz, vb.
	Sürecin Planlanan Çıktıları	Karşılanmış reçete talebi
SÜRECİN UYGULANMASI (GERÇEKLEŞTİRME)		Eczane İşleyiş Prosedürü
SÜRECİN KONTROLÜ (İZLENMESİ VE ÖLÇÜLMESİ)		1.Depolama koşulları uygunsuzluğu nedeniyle imha edilen ürün sayısı
		2.SKT dolması nedeniyle imha edilen ürün sayısı
		3.Hareket görmeyen kalem oranı -ilaç
		4.Hareket görmeyen kalem oranı -malzeme
SÜRECE İLİŞKİN ÖNLEMLER (İYİLEŞTİRMELER)	**Değerlendirme (Analiz) Periyodu**	Hedefler için 1 ay, indikatörler için 1 ay
	Değerlendirme (Analiz) Metodu	Çeşitli istatistiksel teknikler (pareto, histogram, grafik,…)
	Raporlama	Kalite Birimi, Süreç Sorumlusu/Başhekimlik

HAZIRLAYAN	**GÖZDEN GEÇİREN/KONTROL EDEN**	**ONAYLAYAN**
İLGİLİ BİRİM/SÜREÇ SORUMLUSU	KALİTE TEMSİLCİSİ	BAŞHEKİM

ENFEKSİYON KONTROL SÜRECİ SÜREÇ PLANI

	ENFEKSİYON KONTROL SÜRECİ SÜREÇ PLANI	**Doküman No :**OE-EKS-PL-001 **İlk Yayın Tarihi:**15.08.2017 **Revizyon No :**01	**Revizyon Tarihi : 21.12.2018** **Sayfa No:1/1**

SÜRECİN ADI		**ENFEKSİYON KONTROL SÜRECİ**
SÜRECİN SAHİBİ/SAHİPLERİ		Enfeksiyon Kontrol Hekimi ve Enfeksiyon Kontrol Hemşiresi, Enfeksiyon Kontrol Komitesi Üyeleri
SÜRECİN ÖLÇÜLEBİLİR HEDEFLERİ		Hastane Enfeksiyon Hızının %5 altında olması
SÜRECİN PLANLANMASI	**Sürecin Girdileri**	Çalışma şartları, hasta şartları, altyapı ve donanım şartları, hizmet sunum şartları
	Sürecin Kaynakları	İnsan, malzeme, ilaç, donanım, zaman, bilgi
	Sürecin Planlanan Çıktıları	Enfeksiyon kontrolü
SÜRECİN UYGULANMASI (GERÇEKLEŞTİRME)		Enfeksiyon Kontrol Süreci İşleyiş Prosedürü
SÜRECİN KONTROLÜ (İZLENMESİ VE ÖLÇÜLMESİ)		1.Bir önceki döneme göre HE hızı değişme oranı
		2.Cerrahi profilaksiye uyum oranı
		3.Üriner kateter ilişkili üriner sistem enfeksiyon hızı
		4.Santral venöz kateter ilişkili kan dolaşımı enfeksiyon hızı
		5. El hijyeni uyum oranı (çalışan grubu bazlı)
SÜRECE İLİŞKİN ÖNLEMLER (İYİLEŞTİRMELER)	**Değerlendirme (Analiz) Periyodu**	Hedefler için 1 ay, indikatörler için 1 ay
	Değerlendirme (Analiz) Metodu	Çeşitli istatistiksel teknikler (pareto, histogram, grafik,…)
	Raporlama	Kalite Birimi, Süreç Sorumlusu/Başhekimlik

HAZIRLAYAN	**GÖZDEN GEÇİREN/KONTROL EDEN**	**ONAYLAYAN**
İLGİLİ BİRİM/SÜREÇ SORUMLUSU	KALİTE TEMSİLCİSİ	BAŞHEKİM

GENETİK LABORATUVARI HİZMETLERİ ALT SÜRECİ SÜREÇ PLANI

	GENETİK LABORATUVARI HİZMETLERİ ALT SÜRECİ SÜREÇ PLANI	**Doküman No :**OE-GEN-PL-001 **İlk Yayın Tarihi:**15.08.2017 **Revizyon No :**01	**Revizyon Tarihi : 21.12.2018** **Sayfa No:1/1**

SÜRECİN ADI		**GENETİK LABORATUVAR HİZMETLERİ SÜRECİ**
SÜRECİN SAHİBİ/SAHİPLERİ		Ana Bilim Dalı Başkanı, Bilim Dalı Başkanı, Öğretim üyeleri, genetik uzmanı, biyolog ve moleküler biyologlar, laborant ve teknisyenler
SÜRECİN ÖLÇÜLEBİLİR HEDEFLERİ		Tekrar oranını %10'un altında tutmak, sonuç verme süresini 90 günün altında tutmak
SÜRECİN PLANLANMASI	**Sürecin Girdileri**	Çalışılmak üzere hastadan alınmış örnek
	Sürecin Kaynakları	Kanser Genetiği Laboratuvarı, donanımı ve çalışanları
	Sürecin Planlanan Çıktıları	Rapor
SÜRECİN UYGULANMASI (GERÇEKLEŞTİRME)		Kanser Genetiği Laboratuvarı işleyiş prosedürü
SÜRECİN KONTROLÜ (İZLENMESİ VE ÖLÇÜLMESİ)		1.Tekrar Edilen MASTR PZR Oranı
		2.Tekrar Edilen UNİVERSAL PZR Oran
		3. Rapor yazılma tarihi ile sonuç randevusu için aranma tarihi arasındaki toplam gün sayısı
SÜRECE İLİŞKİN ÖNLEMLER (İYİLEŞTİRMELER)	**Değerlendirme (Analiz) Periyodu**	Hedefler için 1 ay, indikatörler için 1 ay
	Değerlendirme (Analiz) Metodu	Çeşitli istatistiksel teknikler (pareto, histogram, grafik,…)
	Raporlama	Kalite Birimi, Süreç Sorumlusu/Başhekimlik

HAZIRLAYAN	**GÖZDEN GEÇİREN/KONTROL EDEN**	**ONAYLAYAN**
İLGİLİ BİRİM/SÜREÇ SORUMLUSU	KALİTE TEMSİLCİSİ	BAŞHEKİM

MOLEKÜLER LABORATUVARI HİZMETLERİ ALT SÜRECİ SÜREÇ PLANI

	MOLEKÜLER LABORATUVARI HİZMETLERİ ALT SÜRECİ SÜREÇ PLANI	**Doküman No :**OE-GEN-PL-002 **İlk Yayın Tarihi:**15.08.2017 **Revizyon No :**03	**Revizyon Tarihi : 01.01.2020** **Sayfa No:1/1**

SÜRECİN ADI		**MOLEKÜLER LABORATUVARI ALT SÜRECİ**
SÜRECİN SAHİBİ/SAHİPLERİ		Ana Bilim Dalı Başkanı, Bilim Dalı Başkanı, Öğretim üyeleri, genetik uzmanı, biyolog ve moleküler biyologlar, laborant ve teknisyenler
SÜRECİN ÖLÇÜLEBİLİR HEDEFLERİ		Tekrar oranını %5'in altında tutmak (mutasyonlar için), sonuç verme süresini 10 gün düzeyinde tutmak (mutasyonlar için)
SÜRECİN PLANLANMASI	**Sürecin Girdileri**	Çalışılmak üzere hastadan alınmış örnek
	Sürecin Kaynakları	Moleküler Genetik Laboratuvarı, donanımı ve çalışanları
	Sürecin Planlanan Çıktıları	Rapor
SÜRECİN UYGULANMASI (GERÇEKLEŞTİRME)		Moleküler Onkoloji Laboratuvarı işleyiş prosedürü
SÜRECİN KONTROLÜ (İZLENMESİ VE ÖLÇÜLMESİ)		1.Kit verimlilik oranı(Mutasyonlar için)
SÜRECE İLİŞKİN ÖNLEMLER (İYİLEŞTİRMELER)	**Değerlendirme (Analiz) Periyodu**	Hedefler için 1 ay, indikatörler için 1 ay
	Değerlendirme (Analiz) Metodu	Çeşitli istatistiksel teknikler (pareto, histogram, grafik,…)
	Raporlama	Kalite Birimi, Süreç Sorumlusu/Başhekimlik

HAZIRLAYAN	**GÖZDEN GEÇİREN/KONTROL EDEN**	**ONAYLAYAN**
İLGİLİ BİRİM/SÜREÇ SORUMLUSU	KALİTE TEMSİLCİSİ	BAŞHEKİM

GÖRÜNTÜLEME HİZMETLERİ SÜREÇ PLANI

	GÖRÜNTÜLEME HİZMETLERİ SÜREÇ PLANI	**Doküman No** :OE-GS-PL-001 **İlk Yayın Tarihi :** 15.08.2017 **Revizyon No** :02	**Revizyon Tarihi : 01.01.2020** **Sayfa No:**1/1

SÜRECİN ADI		**GÖRÜNTÜLEME HİZMETLERİ SÜRECİ**
SÜRECİN SAHİBİ/SAHİPLERİ		Sorumlu Radyoloji Uzmanı, Radyoloji Uzmanı, Sorumlu Teknisyen
SÜRECİN ÖLÇÜLEBİLİR HEDEFLERİ		US randevu süresinin acil hast.10 gün seviyesinde tutulması, Mamografi randevu süresinin acil hast.10 gün seviyesinde tutulması, USG sonuç raporunun aynı gün olması, Mamografi için ortalama sonuç verme süresinin 10 gün seviyesinde tutulması
SÜRECİN PLANLANMASI	**Sürecin Girdileri**	Görüntüleme tetkiki istenen hasta, görüntüleme hizmetleri çalışma ortamı
	Sürecin Kaynakları	Hekimler, teknisyenler, sekreterler, yardımcı personeller, görüntüleme çalışma alanları, makine, donanım, ilaçlar ve tıbbi malzemeler, doğal kaynaklar, zaman.
	Sürecin Planlanan Çıktıları	Tetkik sonucu
SÜRECİN UYGULANMASI (GERÇEKLEŞTİRME)		Görüntüleme Hizmetleri İşleyiş Prosedürü
SÜRECİN KONTROLÜ (İZLENMESİ VE ÖLÇÜLMESİ)		1.US eşliğinde biyopsi sırasında major komplikasyon (pnömotoraks, kanama) gelişen hasta oranı
		2.Tekrar edilen biyopsi oranı
		3. Kontrast Madde ile Çekilen Tomografi Oranı
		4. Direkt grafide tekrar çekim oranı
SÜRECE İLİŞKİN ÖNLEMLER (İYİLEŞTİRMELER)	**Değerlendirme (Analiz) Periyodu**	Hedefler için 1 ay, indikatörler için 1 ay
	Değerlendirme (Analiz) Metodu	Çeşitli istatistiksel teknikler (pareto, histogram, grafik,…)
	Raporlama	Kalite Birimi, Süreç Sorumlusu/Başhekimlik

HAZIRLAYAN	**GÖZDEN GEÇİREN/KONTROL EDEN**	**ONAYLAYAN**
İLGİLİ BİRİM/SÜREÇ SORUMLUSU	KALİTE TEMSİLCİSİ	BAŞHEKİM

KLİNİK SÜRECİ SÜREÇ PLANI

	KLİNİK SÜRECİ SÜREÇ PLANI	**Doküman No** : OE-KSS- PL-001 **İlk Yayın Tarihi :** 15.08.2017 **Revizyon No** : 02	**Revizyon Tarihi :** 01.01.2020 **Sayfa No:1/1**

SÜRECİN ADI		**KLİNİK SÜRECİ**
SÜRECİN SAHİBİ/SAHİPLERİ		Enstitü Müdürü, Başhekim, Sorumlu Bilim Dalı Başkanları, Başhemşire
SÜRECİN ÖLÇÜLEBİLİR HEDEFLERİ		Yatan hastalarda düşme oranını %1 altında tutmak, yatan hastalarda bası yarası gelişen hasta oranını % 1 altında tutmak, yatan hastalarda ekstravazasyon gelişen hasta oranını % 1 altında tutmak, yatan hasta dosyaları içinde tam doldurulmuş hasta dosyası oranını %80 ve üzerinde tutmak
SÜRECİN PLANLANMASI	**Sürecin Girdileri**	Yatış için başvuran hasta, klinik yatak doluluk durumu bilgisi, tıbbi değerlendirmesi yapılarak kliniğe yatışı onaylanmış hasta, klinik çalışma ortamı
	Sürecin Kaynakları	Klinik çalışanları (Klinik hekimleri, konsültan hekimler, hemşireler, sağlık memurları, teknisyenler, sekreterler, yardımcı personeller), klinik çalışma alanları, makine, donanım, ilaç ve tıbbi malzemeler, doğal kaynaklar, zaman.
	Sürecin Planlanan Çıktıları	Taburculuk işlemi tamamlanmış/ ilgili birime ya da merkeze transfer edilmiş hasta
SÜRECİN UYGULANMASI (GERÇEKLEŞTİRME)		Klinik İşleyiş Prosedürü
SÜRECİN KONTROLÜ (İZLENMESİ VE ÖLÇÜLMESİ)		1.Yatak doluluk oranı
		2. Yatak devir hızı
		3.Ortalama yatış gün sayısı
		4. Klinik hizmetler hasta memnuniyet anket puanları
		5. Hastanede gelişen oral mukozit sayısı
		6.Alerjik reaksiyon sayısı
		7. Damar içi katater komplikasyon sayısı
SÜRECE İLİŞKİN ÖNLEMLER (İYİLEŞTİRMELER)	**Değerlendirme (Analiz) Periyodu**	Hedefler için 1 ay, indikatörler için 1 ay
	Değerlendirme (Analiz) Metodu	Çeşitli istatistiksel teknikler (pareto, histogram, grafik,…)
	Raporlama	Kalite Birimi, Süreç Sorumlusu/ Başhekimlik

HAZIRLAYAN	**GÖZDEN GEÇİREN/KONTROL EDEN**	**ONAYLAYAN**
İLGİLİ BİRİM/SÜREÇ SORUMLUSU	KALİTE TEMSİLCİSİ	BAŞHEKİM

KEMOTERAPİ ALT SÜRECİ SÜREÇ PLANI

	KEMOTERAPİ ALT SÜRECİ SÜREÇ PLANI	**Doküman No :**OE-KT-PL-001 **İlk Yayın Tarihi:** 15.08.2017 **Revizyon No :** 02	**Revizyon Tarihi : 01.01.2020** **Sayfa No:1/1**

SÜRECİN ADI		**KEMOTERAPİ ALT SÜRECİ**
SÜRECİN SAHİBİ/SAHİPLERİ		Onkoloji Enstitüsü'nde görevli tıbbi onkoloji yan dal asistanları, uzmanları, öğretim üyeleri ve başhemşire kemoterapi salonu sorumlu hemşiresi ve çalışan hemşireleri, kemoterapi salonu görevli eczacıları, kemoterapi salonunda görevli kayıt elemanları.
SÜRECİN ÖLÇÜLEBİLİR HEDEFLERİ		Randevusuz tedavi alan hasta sayısını ≤20% nin altında tutmak
SÜRECİN PLANLANMASI	**Sürecin Girdileri**	KT'si planlanmış hasta
	Sürecin Kaynakları	KT birimi çalışanları (medikal onkologlar, hemşireler, sağlık memurları, teknisyenler, sekreterler, yardımcı personeller), KT birimi çalışma alanları, makine, donanım, ilaç ve tıbbi malzemeler, doğal kaynaklar, zaman.
	Sürecin Planlanan Çıktıları	KT tedavisi sorunsuz tamamlanmış hasta
SÜRECİN UYGULANMASI (GERÇEKLEŞTİRME)		KT Hizmetleri İşleyiş Prosedürü
SÜRECİN KONTROLÜ (İZLENMESİ VE ÖLÇÜLMESİ)		1. Randevusuz KT uygulanan hasta oranı
		2. İlgili dönemde KTÜ'den extravazasyon takip fr ile izlenen extravazasyon sayısı
		3. İlgili dönemde KTÜ'den Allerji takip fr ile izlenen allerji sayısı
		4. İlgili dönemde KTÜ'den olay bildirim formu ile bildirilen ilaç hazırlama hatası sayısı
		5. İlgili dönemde KTÜ'den olay bildirim formu ile bildirilen ilaç uygulama hatası sayısı
SÜRECE İLİŞKİN ÖNLEMLER (İYİLEŞTİRMELER)	**Değerlendirme (Analiz) Periyodu**	Hedefler için 1 ay, indikatörler için 1 ay
	Değerlendirme (Analiz) Metodu	Çeşitli istatistiksel teknikler (pareto, histogram, grafik,…)
	Raporlama	Kalite Birimi, Süreç Sorumlusu/Başhekimlik

HAZIRLAYAN	**GÖZDEN GEÇİREN/KONTROL EDEN**	**ONAYLAYAN**
İLGİLİ BİRİM/SÜREÇ SORUMLUSU	KALİTE TEMSİLCİSİ	BAŞHEKİM

PATOLOJİ LABORATUVARI HİZMETLERİ ALT SÜRECİ SÜREÇ PLANI

	PATOLOJİ LABORATUVARI HİZMETLERİ ALT SÜRECİ SÜREÇ PLANI	**Doküman No :**OE-PAT-PL-001 **İlk Yayın Tarihi:** 15.08.2017 **Revizyon No :**02	**Revizyon Tarihi : 01.01.2020** **Sayfa No:1/1**

SÜRECİN ADI		**PATOLOJİ LABORATUAR HİZMETLERİ SÜRECİ**
SÜRECİN SAHİBİ/SAHİPLERİ		Bilim Dalı Başkanı, öğretim üyeleri, patologlar ve laboratuvar çalışanları
SÜRECİN ÖLÇÜLEBİLİR HEDEFLERİ		Gönderilen materyalde yanlış tespit edilmiş materyal oranını geçen döneme göre % 50 azaltmak, ek tetkik yapılmayan patoloji materyallerinin materyal kabulünden itibaren 5 iş günü içinde raporlanmasını sağlamak, ek işlem yapılmayan sitoloji materyallerinin materyal kabulünden itibaren 3 iş günü içinde raporlanmasını sağlamak, sitoloji/biyopsi uyum oranını %90 düzeyinde tutmak
SÜRECİN PLANLANMASI	**Sürecin Girdileri**	Çalışılmak üzere hastadan alınmış örnek
	Sürecin Kaynakları	Patoloji laboratuvarı, donanımı ve çalışanları
	Sürecin Planlanan Çıktıları	Rapor
SÜRECİN UYGULANMASI (GERÇEKLEŞTİRME)		Patoloji Laboratuvarı İşleyiş Prosedürleri
SÜRECİN KONTROLÜ (İZLENMESİ VE ÖLÇÜLMESİ)		1.Uygun olmayan Patolojik materyal oranı
		2.Yetersiz Sitolojik Materyal Oranı
		3. Patoloji Laboratuvarında Kaybolan Numune Sayısı
		4. Bilimsel araştırma kapsamında çalışılan blok sayısı
		5. Bilimsel araştırma kapsamında çalışılan lam sayısı
SÜRECE ILIŞKIN ÖNLEMLER (İYİLEŞTİRMELER)	**Değerlendirme (Analiz) Metodu**	Hedefler için 1 ay, indikatörler için 1 ay
		Çeşitli istatistiksel teknikler (pareto, histogram, grafik,…)
	Raporlama	Kalite Birimi, Süreç Sorumlusu/ Başhekimlik

HAZIRLAYAN	**GÖZDEN GEÇİREN/KONTROL EDEN**	**ONAYLAYAN**
İLGİLİ BİRİM/SÜREÇ SORUMLUSU	KALİTE TEMSİLCİSİ	BAŞHEKİM

POLİKLİNİK HİZMETLERİ SÜREÇ PLANI

	POLİKLİNİK HİZMETLERİ SÜREÇ PLANI	**Doküman No** :OE-PS-PL-001 **İlk Yayın Tarihi :** 15.08.2017 **Revizyon No** : 02	**Revizyon Tarihi : 01.01.2020** **Sayfa No:1/1**

SÜRECİN ADI		**POLİKLİNİK HİZMETLERİ SÜRECİ**
SÜRECİN SAHİBİ/SAHİPLERİ		Enstitü Müdürü, Başhekim, Sorumlu Bilim Dalı Başkanları, Poliklinik Sorumlu Öğretim Üyesi, Sorumlu Hekim
SÜRECİN ÖLÇÜLEBİLİR HEDEFLERİ		İlgili Poliklinikte, kemoterapi kararı çıkan hastalar için poliklinik muayenesi ile KT'ye başlama arasında geçen sürenin 10 gün ve altında olması (tıbbi onkoloji polk. İçin), randevusuz hasta oranını %10' un altında tutmak (radyasyon onkolojisi polk. İçin), rutin randomize dosya kontrollerinde patoloji raporu olan dosya oranının %95 düzeyinde olması, rutin randomize dosya kontrollerinde onam formu tam doldurulmuş olan dosya oranının %100 düzeyinde olması
SÜRECİN PLANLANMASI	**Sürecin Girdileri**	Muayene için başvuran hasta, poliklinik çalışma ortamı
	Sürecin Kaynakları	Hekimler, sekreterler, yardımcı personeller, poliklinik çalışma alanları, makine, donanım, tıbbi malzemeler, doğal kaynaklar, zaman.
	Sürecin Planlanan Çıktıları	Muayenesi tamamlanmış/ ilgili birime ya da merkeze yönlendirilmiş hasta
SÜRECİN UYGULANMASI (GERÇEKLEŞTİRME)		Poliklinik hizmetleri işleyiş prosedürü
SÜRECİN KONTROLÜ (İZLENMESİ VE ÖLÇÜLMESİ)		1.Dönem içinde ilgili poliklinikte bakılan toplam hasta sayısı 2.Dönem içinde ilgili poliklinikte bakılan yeni hasta oranı 3.Dönem içinde ilgili Polikliniğe randevusuna gelen hasta oranı 4.Dönem içinde ilgili poliklinikte Randevusuna gelmeyen hasta oranı 5.Dönem içinde ilgili poliklinikte randevusuz bakılan hasta sayısı 6.Dönem içinde ilgili poliklinikte Hastanın kayıt yaptırdıktan sonra muayene girene kadar ortalama bekleme süresi
SÜRECE İLİŞKİN ÖNLEMLER (İYİLEŞTİRMELER)	**Değerlendirme (Analiz) Periyodu**	Hedefler için 1 ay, indikatörler için 1 ay
	Değerlendirme (Analiz) Metodu	Çeşitli istatistiksel teknikler (pareto, histogram, grafik,…)
	Raporlama	Kalite Birimi, Süreç Sorumlusu/ Başhekimlik

HAZIRLAYAN	**GÖZDEN GEÇİREN/KONTROL EDEN**	**ONAYLAYAN**
İLGİLİ BİRİM/SÜREÇ SORUMLUSU	KALİTE TEMSİLCİSİ	BAŞHEKİM

RADYOTERAPİ ALT SÜRECİ SÜREÇ PLANI

	RADYOTERAPİ ALT SÜRECİ SÜREÇ PLANI	**Doküman No** : OE-RT-PL-001 **İlk Yayın Tarihi:** 15.08.2017 **Revizyon No** : 02	**Revizyon Tarihi : 21.12.2020** **Sayfa No:**1/1

SÜRECİN ADI		**RADYOTERAPİ ALT SÜRECİ**
SÜRECİN SAHİBİ/SAHİPLERİ		Onkoloji Enstitüsü'nde görevli radyasyon onkolojisi öğretim üyeleri, uzmanları, asistanları, tıbbi radyofizik bilim dalı öğretim üyeleri, radyasyon fizikçileri ve teknikerleri, görevli kayıt elemanları.
SÜRECİN ÖLÇÜLEBİLİR HEDEFLERİ		Hastanın Bt çekim tarihinden tedaviye başlama tarihine kadar geçen ortalama sürenin 1.Pol için 10 diğerleri için 15 günü aşmaması
SÜRECİN PLANLANMASI	**Sürecin Girdileri**	RT endikasyonu konmuş hasta
	Sürecin Kaynakları	RT birimi çalışanları (radyasyon onkologları, radyasyon fizikçileri, teknisyenler, sekreterler, yardımcı personeller), RT birimi çalışma alanları, makine, donanım, doğal kaynaklar, zaman.
	Sürecin Planlanan Çıktıları	Radyoterapisi zamanında ve komplikasyonsuz tamamlanmış hasta
SÜRECİN UYGULANMASI (GERÇEKLEŞTİRME)		Radyoterapi İşleyiş Prosedürü (Aşamaları)
SÜRECİN KONTROLÜ (İZLENMESİ VE ÖLÇÜLMESİ)		1. RT'si planlanan sürede tamamlanan hasta oranı
		2. İlgili dönemde RT alan yeni hasta sayısı
		3. İlgili dönemde RT alan toplam hasta sayısı
		4. İlgili dönemde toplam Radyoterapi uygulama (seans) sayısı
SÜRECE İLİŞKİN ÖNLEMLER	**Değerlendirme (Analiz) periyodu**	Hedefler için 3 ay, indikatörler için 3 ay
	Değerlendirme (Analiz) Metodu	Çeşitli istatistiksel teknikler (pareto, histogram, grafik,…)
	Raporlama	Kalite Birimi, Süreç Sorumlusu/Başhekimlik

HAZIRLAYAN	**GÖZDEN GEÇİREN/KONTROL EDEN**	**ONAYLAYAN**
İLGİLİ BİRİM/SÜREÇ SORUMLUSU	KALİTE TEMSİLCİSİ	BAŞHEKİM

TRANSFÜZYON MERKEZİ SÜREÇ PLANI

	TRANSFÜZYON MERKEZİ SÜRECİ SÜREÇ PLANI	**Doküman No** :OE-TM-PL-001 **İlk Yayın Tarihi:** 05.02.2019 **Revizyon No** :00	**Revizyon Tarihi :** **Sayfa No** :1/1

SÜRECİN ADI		**TRANSFÜZYON MERKEZİ SÜRECİ**
SÜRECİN SAHİBİ/SAHİPLERİ		Kan Transfüzyon Merkezi Sorumlu Hekimi
SÜRECİN ÖLÇÜLEBİLİR HEDEFLERİ		Kan ve kan ürünü taleplerinin % 100 karşılamak, TM'de SKT geçmesi ya da teknik nedenlerle imha edilen kan ürünü oranının %10'u geçmemesi
SÜRECİN PLANLANMASI	**Sürecin Girdileri**	Hastaya verilmek üzere temin edilmiş Kan ve Kan Ürünleri
	Sürecin Kaynakları	Transfüzyon Merkezi çalışanları, Transfüzyon Merkezi çalışma alanları, makine, donanım, tıbbi malzemeler, doğal kaynaklar, zaman.
	Sürecin Planlanan Çıktıları	Hastaya kullanılmak üzere hazırlanmış Kan ve Kan ürünü
SÜRECİN UYGULANMASI (GERÇEKLEŞTİRME)		Kan Transfüzyon Merkezi Süreci İşleyiş Prosedürü
SÜRECİN KONTROLÜ (İZLENMESİ VE ÖLÇÜLMESİ)		1. Talep edilen Kan ve Kan ürünü sayısı
		2. Karşılanan (tm den çıkışı yapılan) Kan ve Kan ürünü sayısı
		3. İmha edilen kan ve kan ürünü sayısı
		4. İmha edilen kan ve kan ürünlerinde imha nedenlerine dağılımı
		5. Acil kan isteklerinin sayısı
SÜRECE İLİŞKİN ÖNLEMLER (İYİLEŞTİRMELER)	**Değerlendirme (Analiz) Periyodu**	Hedefler için 1 ay, indikatörler için 1 ay (Aksi belirtilmedikçe)
	Değerlendirme (Analiz) Metodu	Çeşitli istatistiksel teknikler (pareto, histogram, grafik,…)
	Raporlama	Kalite Birimi, Başhekimlik/Enstitü Müdürlüğü'ne

HAZIRLAYAN	**GÖZDEN GEÇİREN/KONTROL EDEN**	**ONAYLAYAN**
KALİTE SİSTEM SORUMLUSU	KALİTE TEMSİLCİSİ	ENSTİTÜ MÜDÜRÜ