# AMAÇ

Kalite Yönetim Sistemi kapsamında oluşturulacak olan dokümanların hazırlanması, kodlanması, kontrolü, onaylanması, yayımlanması, dağıtımı, kullanımı, revizyonu, saklanması, güncellenmesi, iptali ve imhası ile ilgili esas ve usulleri belirlemektir.

# KAPSAM

Bu prosedür, Adıyaman Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Kalite Yönetim Sistemi dahi-

lindeki dokümanları kapsar.

1. **KISALTMALAR**

# TANIMLAR

* 1. **Doküman:** Bilginin yer aldığı ortamdır. Fakültede gerçekleştirilen tüm faaliyetlerin uygulanması ve geliştirilmesi esnasında kullanılan tüm belgelere doküman denir.
  2. **Prosedür:** Faaliyetlerden oluşan bir sürecin hangi ana kurallar çerçevesinde yürütüleceğini gösteren dokümandır. Bir prosedür, birden fazla süreci kapsayabilir.
  3. **Talimat:** Bir faaliyetin uygulamaya yönelik işlem basamaklarını ayrıntılı olarak açıklayan

dokümandır.

* 1. **Rehber:** Yapılan faaliyetleri tarif eden, yol gösterme ve bilgilendirme amacıyla oluşturulan dokümandır.
  2. **Form:** Prosedür ve talimatlarda anlatılan faaliyetlere ait bilgilerin sistematik bir biçimde kaydedilmesini sağlayacak şekilde düzenlenmiş dokümandır.
  3. **Plan:** Hedeflenen bir amaca ulaşılmasını sağlayacak adımlardan oluşan; neyi, ne zaman, niçin ve nasıl yapacağımızı gösteren dokümandır.
  4. **Liste:** Faaliyetlerin uygulanmasında oluşturulan sıralı bilgilerin yer aldığı dokümandır.
  5. **İç Kaynaklı Doküman:** Faaliyetlerin gerçekleştirilmesi için fakülte tarafından oluşturulan, kontrolü, revizyonu ve iptal edilmesi dokümanı yayınlayan birimin kontrolünde ve sorumluluğunda olan ve uygulamaya konulan, uygulanması zorunlu dokümandır.
  6. **Dış Kaynaklı Doküman:** Fakülte süreçleri ile ilgili Faaliyetlerin gerçekleştirilmesinde kullanılan ancak, fakülte dışı kuruluşlar tarafından yayınlanan, uygulanması gerekli veya zorunlu olan dokümanlardır. (Dilekçe, Kanun, Genelge, Tüzük, Teklif, Fiyat Listesi vb.)
  7. **Kontrollü Doküman:** Doğruluğu ve içeriği onaylanmış bir dokümanın üzerine kırmızı

renkte “***Kontrollü Doküman”*** kaşesi basılarak çoğaltılmış halidir.

* 1. **Kontrolsüz Doküman:** Güncelliği garanti altına alınmamış bilgilendirme amaçlı dokümanlardır.
  2. **İptal Doküman:** Üzerinde değişiklik yapılan, orijinal nüshası üzerine **"İptal"** kaşesi basılarak arşivlenen ve eski kopyaları imha edilen dokümandır.
  3. **Revize Edilen Doküman:** Üzerinde değişiklik yapılan dokümandır.
  4. **Yardımcı Doküman:** Prosedür, Talimat, Rehber, Form, Plan, Liste, Rıza Belgesi ve Dış Kaynaklı dokümanların dışında kalan veya bu dokümanları destekleyici nitelikteki dokümandır.
  5. **Kılavuz:** Herhangi bir alanda ve konuda bilgi veren, yol yöntem gösteren dokümanlardır.
  6. **Rıza Belgesi:** Uygulanacak tıbbi işleme ilişkin, işlemi yapacak sağlık personeli tarafından hastaya aktarılan bilgilerin yer aldığı ve hastanın rızasını almak için oluşturulmuş dokümandır.
  7. **Süreç:** Kaynakları kullanan, girdilerin çıktılara dönüşümünü sağlamak için yönetilen ve kaliteyi doğrudan etkileyen faaliyetler dizisidir.

**4.18.İş Akışı:** Bir faaliyetin gerçekleştirilme adımlarını açıklayan, sıralı ve şematik olarak

anlatan dokümandır.

**4.19.Görev Tanımları:** 2547 sayılı Yükseköğretim Kanunu, 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu, 4857 İş Kanunu, Adıyaman Üniversitesi yönetmelikleri içerisinde tanımlanmış kişilere verilmiş olan görevleri ifade eden dokümanlardır.

**4.20.Organizasyon Şeması:** Organizasyondaki hiyerarşik yapının ve ilişki zincirlerinin bir bütün olarak haritalandırılmasıdır.

**4.21.Veri:** Kalite Yönetim Sistemini oluşturan süreçlerin performansları ve işleyişiyle ilgili bilgi sağlamaya yarayan ve kayıtlar aracılığı ile ulaşılabilen süreç sonuçlarıdır.

**4.22.Dokümanın Adı:** Dökümanın hangi konu ile ilgili olduğu ifade eder.

**4.23.Dokümanın Kodu:** Dokümanın izlenebilirliğini sağlayan, kurum ve kuruluş tarafından doküman yönetim sisteminde belirlenen kurallara uygun olarak oluşturulan tanımlama sistemini ifade eder.

**4.24.Boyut Kodu:** İç kaynaklı dokümanın hangi hizmet sürecine ait olduğunu gösteren kodu ifade eder.

**4.25.Bölüm Kodu:** İç kaynaklı dokümanın hangi birime ait olduğunu gösteren kodu ifade eder.

**4.26.Yayın Tarihi:** Dokümanın yürürlüğe girdiği tarihi ifade eder.

**4.27.Revizyon Tarihi:** Dokümanın en son güncellendiği tarihi ifade eder.

**4.28.Revizyon Numarası:** Dokümanın kaç kez güncellendiğini ifade eder.

**4.29.Sayfa Numarası:** Bir dokümanın kaç sayfadan oluştuğunu ifade eder.

**4.30.Birim:** Akademik ve idari birimleri ifade eder. **4.31.KYB:** Kalite Yönetim Birim

# SORUMLULAR

Bu prosedürün hazırlanması, güncelleştirilmesi, iptali, kontrollü dağıtılması, arşivlenmesi, Üst Yönetim ve Kalite Yönetim Birimi, uygulanmasından; Fakülte bünyesinde görev yapan Birim Kalite ekip üyeleri ve tüm personel sorumludur.

# FAALİYET AKIŞI

* 1. **Dokümanların Hazırlanması:** Doküman; ilgili mevzuat şartları ile üniversite/fakülte kalite yönetim sistemi şartları gözetilerek, Kalite Yönetim Birimi tarafından hazırlanır ve Kalite Yönetim Direktörüne gönderilir. Kalite Yönetim Direktörü tarafından uygun bulunan doküman Üst Yönetim tarafından imzalanarak yürürlüğe konulur. Dokümanın aslı (ıslak imzalı) Kalite Yönetim Biriminde arşivlenir, dijital hali resmi internet sitesinde yayınlanır.

Kalite yönetim birimi tarafından dokümana; Doküman Kodu, Yayın tarihi, Revizyon No, Revizyon Tarihi, Sayfa No/Sayfa Sayısı verilir. Dokümanların kurum içi uygulamaları yansıtacağından öz bilgileri içermesine, net ve anlaşılır olmasına dikkat edilir. Doküman içeriği oluşturulurken yazı şekli olarak “Times New Roman” ve “Calibri” kullanılır. Yazı büyüklüğü “6” veya “16” punto, satır aralığı olarak “1,0” veya “1,15” punto olarak seçilir.

* 1. **Doküman Formatı:** Dokümanlar belli bir formata sahip olmalıdır Sol üst köşede üniversite sağ üst köşede fakülte logosu bulunmakta. Tüm dokümanların başlık bölümünün alt kısmında;
     + Doküman Adı
     + Doküman Kodu
     + Yayın Tarihi
     + Revizyon Tarihi
     + Revizyon Numarası
     + Sayfa No/Sayfa Sayısı
     + Sayfa sonunda Hazırlayan-Kontrol Eden-Onaylayan bilgileri bulunmalıdır.

**6.2.1.Başlık:** Hazırlanan tüm dokümanlarda başlık bulunur. Bir sayfadan fazla sayfadaki dokümanlarda başlık her sayfada bulundurulur.

Başlık örneği aşağıda gösterilen şekildedir.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Açıklama: Açıklama: http://adiyaman.edu.tr/content/image/adyu-logo.png | **ADIYAMAN ÜNİVERSİTESİ – (ADYÜ)**  **Diş Hekimliği Uygulama Ve Araştırma Merkezi**  **Döküman Yönetimi Prosedürü** | | |  |
| Doküman Kodu: | Yayın Tarihi | Revizyon Tarihi: | Revizyon No. | Sayfa No: |

**6.2.2.Onay:** Dokümanlarda Hazırlayan, Kontrol Eden ve Onaylayan bilgileri bulunur ve dokümanın son sayfasında yer alır. Rıza belgelerinde başlık formatı aynı, imza formatı farklı olabilir. İmzaların orijinal form üzerinde olması yeterlidir. WEB ’de yayımlanan dokümanlar üzerinde Hazırlayan, Kontrol Eden, Onaylayan kısımlarında imza olmasına gerek yoktur.

**6.2.3.Doküman Revizyon Numarası:** Hazırlanan dokümanların güncel durumunun belirlenmesi amacı ile kullanılır. İki haneli rakam olarak kodlanır. İlk kez yayınlanan dokümanların revizyon numarası **“00”** olarak belirlenir.

**6.2.4. Başlık Numaralandırması Nasıl Yapılır:** Hazırlanan dokümanların başlık numaralandırılması başlıkların önüne

* Ana başlıklarda**;“1. - 2. - 3.”**
* Alt başlıklarda ;**”1.1 - 1.2 - 2.1 - 2.2”**
* Ara başlıklarda ;**”1.1 - 1.1.2 - 1.2.1 - 2.2 - 2.1.2”** getirilerek yapılır.

**6.2.5.Doküman Kodlama Nasıl Yapılır:** Hazırlanan tüm dokümanların takibini kolaylaştırmak, ortak bir dil oluşturmak ve tanınırlığını sağlamak açısından bir kod numarası

verilir. Kodlama sistemi, doküman türlerinin kısaltmalarının belirli bir sistematik içerisinde dizilişi esasına dayanır. Boyut Kodu, Bölüm kodu, Doküman kodu; Doküman numarası kısaltmalarından oluşur.

K: Boyut Kodu

XXX: Bölüm Kodu

YY: Doküman Kodu

ZZ: Doküman Numarası

**6.2.6.Boyut Kodu:** İç kaynaklı dokümanın hangi hizmet sürecine ait olduğunu gösterir. Kurumda sunulan ana hizmetleri, yönetimsel faaliyetler ve hizmet sürecinde yer alan kişiler baz alınarak kurumun tüm bölümlerini kapsar.

Dokümanların Kodlanması

|  |  |
| --- | --- |
| **Boyut** | **Kod** |
| Kurumsal Hizmetler | K |
| Hasta ve Çalışan Odaklı Hizmetler | H |
| Sağlık Hizmetleri | S |
| Destek Hizmetleri | D |
| Gösterge Yönetimi | G |

**6.2.7.Bölüm Kodu:** İç kaynaklı dokümanın hangi birime ait olduğunu gösterir.

Dokümanlarda kullanılacak olan bölüm kodları aşağıdaki tabloda belirtilen şekliyle kullanılır.

SKS Bölüm Kodları Tablosu

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Kurumsal Yapı | **KU** | İlaç Yönetimi | **İY** | Sağlıklı Çalışma Yaşamı | **SÇ** |
| Kalite Yönetimi | **KY** | Enfeksiyonların Önlenmesi | **EN** | Hasta Bakımı | **HB** |
| Doküman Yönetimi | **DY** | Sterilizasyon Hizmetler | **SH** | Radyasyon Güvenliği | **RG** |
| Risk Yönetimi | **RY** | Atık Yönetimi | **AY** | Tesis Yönetimi | **TY** |
| Güvenlik Raporlama Sistemi | **GR** | Dış Kaynak Kullanımı | **DK** | Otelcilik Hizmetleri | **OH** |
| Acil Durum ve Afet Yönetimi | **AD** | Göstergelerin İzlenmesi | **Gİ** | Bilgi Yönetimi | **BY** |
| Eğitim Yönetimi | **EY** | Hasta Deneyimi | **HD** | Malzeme ve Cihaz Yönetimi | **MC** |
| Sosyal Sorumluluk | **SS** | Hizmete Erişim | **HE** | Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmet | **TA** |

**6.2.8.Doküman Türü:** Birimlerde kullanılan dokümanların türlerini belirtir

**6.2.9.Doküman Numarası:** Birimlerde kullanılan dokümanların sıralamasını belirtir ve iki rakamdan oluşur

Dokümanların Kodlanması

|  |  |
| --- | --- |
| **Prosedür** | **PR** |
| **Talimat** | **TL** |
| **Form** | **FR** |
| **Plan** | **PL** |
| **Rehber** | **RH** |
| **Liste** | **LS** |
| **Envanter** | **EN** |
| **Rıza Belgesi** | **RB** |
| **Görev Tanımı** | **GT** |
| **Gösterge Kartı** | **GK** |
| **Yardımcı Doküman** | **YD** |

# Doküman Türleri ve Format Şartları:

**6.3.1. Prosedürler:** Faaliyetlerden oluşan bir sürecin nasıl icra edildiğini anlatan dokümandır.

Prosedürler, aşağıda belirtilen ana başlıkları içerecek şekilde hazırlanır. Bu ana başlıklara ek başlık eklenemez. Eklenmesine ihtiyaç duyulan başlıklar uygulama aşamasına alt başlık olarak tanımlanmalıdır.

* **AMAÇ**
* **KAPSAM**
* **TANIMLAR**
* **SORUMLULAR**
* **FAALİYET AKIŞI**
* **İLGİLİ DOKÜMANLAR**

# 6.3.2 Talimatlar; Tek bir faaliyetin işlem basamaklarını içeren dokümandır. Tek bir faaliyetin işlem basamaklarını içeren doküman olduğundan prosedürler gibi hazırlanmasına gerek yoktur. Sorumlular belirlenip genel uygulamalar maddeler halinde yazılır. Belirtilen format şartları geçerlidir.

**6.3.3.Rehberler:** Belirtilen format şartlarının tümü rehberler içinde geçerlidir. Rehberler için

kapak sayfaları düzenlenebilir. Format açısından istenen bilgilerin tümü, kapak sayfalarında (ön veya arka) yer almalıdır.

**6.3.4.Formlar:** Formlar, kayıtların oluşturulması amacıyla kullanılır. Bağımsız veya herhangi bir dokümana (prosedür, talimat, iş akış süreci vb.) bağlı olarak hazırlanır. Formların hazırlanması, özel bir şekle tabi değildir kullanılacakları yere ve kullanım şartlarına göre kâğıt ortamında veya elektronik ortamda uygun bir formatta kullanıma uygun olarak tasarlanabilirler. Basılı olarak kullanılan tüm formlar için belirtilen format şartları geçerlidir.

* Bilgileri kaydetmek için oluşturulmuş formların orijinal nüshalarında Hazırlayan-Kontrol Eden- Onaylayan Bilgileri bulunur.
* Kullanım alanlarında bulunan formlarda Hazırlayan-Kontrol Eden- Onaylayan Bilgileri

bulunmasına gerek yoktur. Kullanım amaçlarına uygun olarak hazırlanır ve onaylanır.

* Rıza belgelerinin orijinal nüshalarında belirtilen format şartı kullanılır.
* Hasta ve kurum çalışanının imzalayacağı basılı Rıza Belgelerinde veya Rıza Formlarında Hazırlayan-Kontrol Eden- Onaylayan Bilgileri bulunmasına gerek yoktur

**6.3.5.Planlar Listeler:** Listelerin ve planların hazırlanması özel bir şekle tabi değildir. İhtiyaç doğrultusunda uygun bir formatta oluşturulabilirler. Hazırlanan tüm Plan ve Listeler belirtilen format şartları geçerlidir.

**6.3.6.Kılavuzlar:** Kılavuzların hazırlanması özel bir şekle tabi olmayıp detayını anlattığı işlerin açıkça belirtilmesi esastır. Kılavuzlarda belirtilen format şartları geçerlidir.

**6.3.7.Yardımcı Doküman:** Yardımcı Dokümanlar belirtilen format şartlarına uygun olarak hazırlanır.

**6.3.8.Dış Kaynaklı Doküman:** Dış kaynaklı dokümanlar için format şartı aranmamaktadır. Dış kaynaklı dokümanlar orijinal formatında ve güncel haliyle kullanıcıların erişimine sunulur.

**6.4.Fakülte İçi Yönetmelik, Yönerge vb. Esaslar:** Hazırlanan Yönetmelik, Yönerge, vb. gibi Esasların taslakları, kurum içi özel bir amaçla hazırlanmış ise Fakülte Yönetim Kurulundan, genel bir uygulama amaçlı hazırlanmış ise Mevzuat İnceleme ve Değerlendirme Komisyonuna uygun görüşü ve senatonun onayı ile yürürlüğe girer.

**6.5.İş Akışı:** Fakültede gerçekleştirilen tüm süreçler için iş akış şemaları hazırlanır. Üniversitede bulunan ortak süreçlerle ilgili iş akışları KYB tarafından hazırlanır ve birimler tarafından aynen uygulanır. Ancak Fakültemize özgü süreçler (Üniversitenin belirlemiş olduğu formatlara uygun olarak) Kalite Yönetim Birimi tarafından hazırlanır, Kalite Yönetim Direktörü tarafından kontrol edildikten sonra üst yönetim tarafından onaylanır

**6.6. Dokümanların Onayı ve Yayını:** Doküman; ilgili mevzuat şartları ile üniversite kalite yönetim sistemi şartları gözetilerek, İlgili birim veya Kalite Yönetim Birimi tarafından hazırlanır ve Kalite Yönetim Direktörüne gönderilir. Kalite Yönetim Direktörü tarafından uygun bulunan doküman Üst Yönetim tarafından imzalanarak yürürlüğe konulur. Hazırlanan tüm dokümanların orijinalleri üzerinde hazırlayan, kontrol eden ve onaylayanların ıslak imzaları bulunur. Onaylanan dokümanlar, KYB tarafından “**Güncel Doküman Takip Listesi”ne**kaydedilir. Kalite Yönetim Birimi tarafından değiştirilemez formata çevrilerek ortak kullanıma açık Fakülte WEB sitesinde yayınlanır. Birim kalite sorumluları WEB sitesinde yayımlanan güncel dokümanların takibini yapar ve uygular. İlk kez yayınlanan ya da revizyon gören dokümanlar, Kalite Yönetim Birimi tarafından iç yazışma ve/veya mail ile ilgililere duyurulur. Islak imzalı tüm orijinal dokümanlar kalite yönetim biriminde muhafaza edilir

**6.7.** **Dokümanların Gözden Geçirilmesi**: Dokümanlar yılda bir (1) kez (Kasım-Aralık ayında) kalite yönetim birimince gözden geçirilir. Gözden geçirme tarihi **Güncel Doküman Takip Listesine**yazılır. Dokümanda yapılan değişiklikler üst yönetimin onayına sunulur.

**6.8. Dokümanların Revizyonu (Güncelleme):** Dokümanlarda Revizyon istemine ihtiyaç duyulması durumunda çalışanlarımız tarafından, **“Doküman Revizyon Talep Formu”, “DÖF Formu”,** doldurularak Kalite Yönetim Birimine iletilir. Kalite yönetim birimi süreci uygun bulursa gerekli revizyonları yaparak, kalite yönetim direktörüne gönderir. Kurumun herhangi bir sürecinde değişiklik söz konusu olduğunda güncelleme hemen gerçekleştirilir. Güncel doküman Üst Yönetimin onayını (değiştirilemez formata çevrilerek) yayınlanır ve Fakülte WEB sitesinden duyurulur. Birim sorumluları kullandıkları Dokümanların/formların vb. güncelliğini [ilgili](http://www.susehridh.saglik.gov.tr/) WEB sitesinden takip eder.

Yapılan Denetimler, Yönetimi gözden geçirme toplantıları, iç tetkikler vb. faaliyetlerde tespit edilmiş revizyon ihtiyaçları üst yönetim tarafından **“Doküman Revizyon Talep Formu”** gerekmeksizin gerçekleştirilir ve kayıtlar ilgili çizelgelere işlenir. Dokümanlarda değişiklik yapma ve iptal yetkisi başka bir görevlendirilme olmadıkça dokümanı hazırlayan ve onaylayan kişilere aittir.

Güncellenen dokümana, revizyon no ve revizyon tarihi yazılır. Yürürlükten kaldırılan dokümanlar hiçbir surette kullanılmaz. Dokümanın eski versiyonları değişimin takip edilebilmesi açısından (İptal Kaşesi Basılarak) Kalite Yönetim Birimince arşivlenir. Kurumda kullanılan tüm dokümanların güncelliği **“Doküman Revizyon Takip Listesi”** ile sağlanır.

Bütün dokümanlarda, “00” revizyon numaralı doküman, revizyon yapılmamış ilk yayını (Yayın Tarihini) gösterir. Diğer revizyon numaraları (01, 02, 03...) ise takip eden revizyonlarını gösterir. Revize edilen dokümanın, revizyon numarası bir artırılır ve son revize edildiği tarih revizyon tarihi olarak yazılır.

**6.8.1. Doküman Revizyonu:** Doküman revizyon tablosuna, o dokümana ait revizyon numarasını, revizyon tarihini ve revizyonun yapılış nedenini (açıklaması) yazılır.

**6.8.2. Dokümanların İptali:** Dokümanın iptal edilmesi: Sistemde tanımlanmış ve uygulamaya alınan bir dokümanın sistemden geri dönüşümsüz şekilde çıkartılması talebi geldiğinde o evrak Kalite Birim Çalışanı tarafından **Güncel Doküman Takip Listesi** üzerinde **İPTAL** yazılarak işaretlenir.  **6.8.3. Dokümanların Arşivlenmesi:** İptal edilen dokümanlar ile revize edilen dokümanların

güncelliğini yitirmiş olan suretlerinin saklanmasından, WEB sitesi üzerinden kaldırılmasından Kalite Yönetim Birimi sorumludur. Güncelliğini yitirmiş olan bu dokümanlar Kalite Yönetim Birimi tarafından dosya ve bilgisayar ortamında arşivlenir.

**6.9.Dış Kaynaklı Dokümanlar:** Merkezimizin faaliyeti gereği takip etmesi gereken dış kaynaklı dokümanlar; yasal şartlar ve mevzuatlar, zorunlu standartlardır. Bu türden takip edilen tüm dokümanlar Kalite Yönetim Birimi tarafından. “**Dış Kaynaklı Doküman Takip Listesi**” ile kayıt altına alınır. Dönemsel olarak birimlerden görüşler alınarak bu listenin güncelliği sağlanır. Ayrıca dış kaynaklı doküman listesi web sayfasında da online olarak erişilebilir durumdadır. Fakültemizde dış kaynaklı doküman takibi iki aşamalı olarak yapılmaktadır. **Birinci:** Sağlık Bakanlığı tarafından değişen ve yeni eklenen mevzuat, yönetmelik, yönerge ve kanunlar ile EBYS üzerinden merkezimize gelen dış kaynaklı dokümanlar, kayıt altına alınarak üst yönetime ve ilgili birime bildirilir. **İkinci:** Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan yönetmeliklerin takibi www.saglik.gov.tr adresi üzerinden yapılmaktadır. Değişikliklerin sistem dokümantasyonuna olan etkileri gözden geçirilerek dokümanların güncel kalması için gerekli önlemler Kalite Yönetim Birimi tarafından alınmaktadır.

**6.10.Dokümanların Yayınlanması**: Hizmet kalite standartları sistemi içerisinde tanımlanan dokümanların ilgili alanlarda güncel hali ile bulunması Kalite Yönetim Birimi sorumluluğundadır. Dokümanların online olarak fakültemiz web sayfasından kalite birimi içerinde yayınlanması ile tüm birimler ilgili evraklara ulaşabilir. Dokümanlar web sayfasında PDF formatında yayınlanır.

: **6.11.Panoların Kullanımı** Birimlerde kullanım amaçlarına göre panoların yerleri, asılacak olan dokümanların türleri ve asılma süreleri ile genel alanlardaki pano sorumluları Üst yönetim tarafından, birimlerdeki sorumluları ise birim yöneticileri tarafından belirlenir. Panolara asılacak dokümanlar, vb. Üst yönetim onayı ile asılabilir. Asılması uygun bulunan dokümana Fakülte Sekreteri tarafından Kırmızı renkte “UYGUNDUR” kaşesi basılır, o günkü tarih yazılarak paraflanır. Panolara asılacak olan dokümanların görsel olarak dizaynı Kalite Yönetim Birimi tarafından yapılır. Görsel dizayn yapılmadan panolara doküman asılamaz. Panoların haricinde diğer alanlara herhangi bir yazı vb. asılması yasaktır. Klinik alanlarında bulunan ilan panolarına asılacak olan dokümanlar Anabilim Dalı Başkanı ve Bölüm Sorumlusu tarafından asılır. İlan panolarındaki dokümanların güncel olup olmadığının kontrolü Panoları Düzenleme Planına göre Kalite Yönetim Birimi tarafından yapılır

# 7.İLGİLİ DOKÜMANLAR

# Güncel Doküman Takip Listesi

* Revizyon Takip Listesi
* Revizyon Talebi Ve Değişiklik İstek Formu
* DÖF Formu
* Panoları Düzenleme Planı

# 