



NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI MERKEZİ
ÖZ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
KY.FR.09	ARALIK 2023	0	0	1

KURUMSAL HİZMETLER								
KURUMSAL YAPI								Tarih:
DOKÜMAN BOYUT	STANDART	SKS PUANI	EVET	HAYIR	K (Karşılıyor) KK (Kısmen Karşılıyor) KM (Karşılmıyor)	ALINAN PUAN	AÇIKLAMA	
KKU01	Kurum misyon, vizyon ve değerleri açık ve anlaşılır şekilde belirlenmelidir.	30						
KKU.01.01	Kurum, misyon, vizyon ve değerlerini kamuoyu ile paylaşımı sağlıyor mu?							
KKU.01.02	Misyon, vizyon ve değerler çalışanlar ile paylaşılmalı, konu ile ilgili çalışanlara yönelik farkındalık eğitimleri düzenleniyor mu?							
KKU02	Kurumsal amaç ve hedefler belirlenmelidir.	40						
KKU.02.01	Misyon, vizyon ve değerler paralelinde, kurum amaç ve hedefleri belirlenmiş mi? o Kurumun amaç ve hedefleri belirlenirken, iç ve dış çevre faktörleri ile hasta, çalışanlar ve toplumun özellikleri ve geri bildirimleri dikkate alınıyor mu? o Tıbbi ve idari bölümlere ilişkin amaç ve hedefler, kurumun temel politika ve değerleri ile uyumlu bulunuyor mu?							
KKU.02.02	Kurum faaliyetlerinin planlanması ve uygulanmasında kurum bazında belirlenen amaç ve hedefler esas alınıyor mu?							
KKU03	Kurumsal amaç ve hedeflerin gerçekleştirilmesine yönelik uygulama adımlarını içeren eylem planı hazırlanmalıdır.	30						
KKU04	Kurum faaliyetlerinin tamamını kapsayacak şekilde bir organizasyon yapısı oluşturulmalıdır.	50						
KKU.04.01	Organizasyon yapısı, kurumun misyon, vizyon, amaç ve hedefleri doğrultusunda, kurumsal ve klinik yönetim ile ilgili sorumlulukları içerecek şekilde tanımlanmalı ve kurum faaliyetlerinin tamamını kapsıyor mu?							
KKU.04.02	Organizasyon yapısı en üst yönetim kademesinden en alt birime kadar dikey ve yatay tüm ilişkileri gösterecek şekilde tanımlanmış mı?							
KKU.04.03	Kurum organizasyon yapısını ve sorumluluk alanlarını gösteren güncel organizasyon şeması oluşturulmuş mudur?							



NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
AĞIZ VE DIŞ SAĞLIĞI MERKEZİ
ÖZ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
KY.FR.09	ARALIK 2023	0	0	2

DOKÜMAN BOYUT	STANDART	SKS PUANI	EVET		HAYIR		K (Karşılıyor) KK (Kısmen Karşılıyor) KM (Karşılmıyor)	ALINAN PUAN	AÇIKLAMA
KKU05	Organizasyon yapısı kapsamında tüm birimlerin ve çalışanların görev, yetki ve sorumlulukları tanımlanmalıdır.	30							
KKU.05.01	Görev tanımları, kapsayıcı ve net, çatışmaya yol açmayacak şekilde oluşturulmalı ve birimler arası ilişkileri de içerecek şekilde düzenlenmiş midir?								
KKU.05.02	Görev tanımları, ilgili birimdeki tüm süreçleri kapsayacak şekilde etik ilkeler ve ekip anlayışı içerisinde tanımlanmış mıdır?								
KKU06	Kurumsal iletişim stratejileri tanımlanmalıdır.	30							
KKU06.01	Kurumsal iletişim kapsamında hedef kitle tanımlanmış mıdır?								
KKU.06.02	Kurum içi hedef kitleye yönelik iletişim kuralları belirlenmeli ve bu kurallar asgari aşağıdaki konuları kapsıyor mu? o Kurumu oluşturan bölüm ve ögeler arasında bilgi ve karar akışı o Değerlendirme ve denetim fonksiyonlarında bilgi ve karar akışı o Eğitim ve bilgilendirme faaliyetlerinde iletişim o Motivasyonun artırılması ve kurumsal kimliğin sahiplenilmesine yönelik faaliyetlerde iletişim								
KKU.06.03	Kurum dışı hedef kitleye yönelik iletişim kuralları belirlenmeli ve bu kurallar asgari aşağıdaki konuları kapsıyor mu? o Hasta/hasta yakını, dış tedarikçi, diğer kamu kurumları gibi dış paydaşların hizmetler hakkında bilgilendirilmesi o Kurum çalışanlarının hasta ve hasta yakınları ile iletişimi o Hizmet alıcıların tanı ve tedavi sürecinde bilgilendirilmesi								
KKU07	Kurumun elektronik ortamda tanıtımına ve toplumun bilgilendirilmesine yönelik çalışma yapılmalıdır.	30							
KKU07.01	Kurumun web sitesi var mı?								



NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI MERKEZİ
ÖZ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
KY.FR.09	ARALIK 2023	0	0	3

DOKÜMAN BOYUT	STANDART	SKS PUANI	EVET	HAYIR	K (Karşılıyor) KK (Kısmen Karşılıyor) KM (Karşılmıyor)	ALINAN PUAN	AÇIKLAMA
KKU07.02	Web sitesi, etkin bir şekilde yönetilmeli; güncel ve yeterli bilgi içermeli, kolay ve kullanılabilir mi? o Organizasyon yapısı o Kurum misyon, vizyon ve değerleri o Kurum kalite yönetim birimi ve çalışmaları o Kuruma ulaşım ve kurum iletişim bilgileri o Kurumun hizmet verdiği bölüm ve branşlar o Hekimlere ait uzmanlık dalları ve varsa uzmanlık dalına ilişkin spesifik ilgi alanları o Varsa özellikli hizmetlere (özellikli tıbbi donanım veya tecrübe gerektiren işlemler) yönelik bilgiler o Randevu alma bilgileri o Çalışanların, hastaların ve yakınlarının görüşlerini bildirebileceği alanlar o Sosyal sorumluluk kapsamında yürütülen faaliyetler (varsa) o Anlaşmalı oldukları kurum bilgilerini bulunduruyor mu?						
İLGİLİ BÖLÜM TOPLAM PUANI: KURUM ÖZ DEĞERLENDİRME PUANI: KURUM SKS BÖLÜM PUANI :							
DENETLENEN BÖLÜM SORUMLULARI	İMZA	ÖZ DEĞERLENDİRME EKİBİ		İMZA			



NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
AĞIZ VE DIŞ SAĞLIĞI MERKEZİ
ÖZ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
KY.FR.09	ARALIK 2023	0	0	4

KALİTE YÖNETİMİ							Tarih:
DOKÜMAN BOYUT	STANDART	SKS PUANI	EVET	HAYIR	K (Karşılıyor) KK (Kısmen Karşılıyor) KM (Karşılamıyor)	ALINAN PUAN	AÇIKLAMA
KKY.01	Kurum kalite politikası oluşturulmalıdır.	50					
KKY01.01	Üst yönetim, aşağıdaki hususlara yönelik taahhütlerini içeren bir kalite politikası oluşturmuş mudur? o Kurumun amaçlarına ve amaçları doğrultusunda oluşturulan stratejik hedeflerine uygunluğu o Kalite hedeflerinin oluşturulması ve düzenli olarak gözden geçirilmesi o Kalite yönetim sisteminin şartlarının yerine getirilmesi ve sürekliliğinin sağlanması o Kalite yönetim sisteminin etkinliğinin sürekli iyileştirilmesi						
KKY.01.02	Kurum kalite politikası üst yönetim tarafından onaylanmalı, yönetimin değişmesi durumunda yeniden gözden geçirilerek taahhüt yenileniyor mu?						
KKY02	Kalite yönetim sisteminin yapısı tanımlanmalıdır.	50					
KKY02.01	Kalite yönetim sisteminin yapısı tanımlanıyor mu?						
KKY02.02	Kalite yönetim yapısına ilişkin görev, yetki ve sorumluluklar tanımlanıyor mu?						
KKY02.03	Kalite yönetim birimi oluşturulmuş mudur? o Kalite yönetim biriminin çalışma ofisi olmalıdır. o Kalite yönetim biriminde çalışacak personel sayısı, ilgili kurumun büyüklüğü ve özelliğine göre yönetici tarafından belirlenmelidir. o Kalite yönetim biriminde çalışan personel, kalite yönetimi, hasta güvenliği, dokümantasyon gibi konularda eğitim almış olmalıdır. o Kalite yönetim sorumlusu belirlenmelidir.						



NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
AĞIZ VE DIŞ SAĞLIĞI MERKEZİ
ÖZ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
KY.FR.09	ARALIK 2023	0	0	5

DOKÜMAN BOYUT	STANDART	SKS PUANI	EVET	HAYIR	K (Karşılıyor) KK (Kısmen Karşılıyor) KM (Karsılamıyor)	ALINAN PUAN	AÇIKLAMA
KKY02.04	Kalite yönetim biriminin görev alanı tanımlanmış mıdır? Kalite yönetim birimi; o SKS çerçevesinde yürütülen çalışmaların koordinasyonunu sağlamalıdır. o Kurumsal amaç ve hedeflere yönelik çalışmaları takip etmelidir. o Öz değerlendirmeleri yönetmelidir. o İstenmeyen olay bildirim sistemine ilişkin süreçleri yönetmelidir. o Risk yönetimi ile ilgili çalışmalarda yer almalıdır. o Hasta deneyimi ve çalışan geri bildirim anketlerinin ölçülmesine yönelik çalışmaları (anket uygulamaları, anket sonuçlarının değerlendirilmesi, anket sonuçlarına yönelik iyileştirme çalışmaları gibi) yönetmelidir. o SKS çerçevesinde dokümanın yönetimini sağlamalıdır. o Kalite göstergelerine yönelik süreçleri yönetmelidir. o SKS çerçevesinde belirlenen komitelere üye olarak katılmalıdır.						
KKY03	SKS'nin uygulanmasına yönelik bölüm kalite sorumluları belirlenmelidir.	50					
KKY03.01	Bölüm kalite sorumluları hizmet birimi kapsamında belirleniyor mu?						
KKY03.02	Sorumlular kalite yönetim sorumlusu ile koordineli çalışıyor mu?						
KKY03.03	Sorumlular bölümlerinde yürütülen düzeltici ve iyileştirici faaliyetleri takip ediliyor mu?						
KKY04	SKS ADSH Setine ilişkin öz değerlendirme yapılmalıdır.	50					
KKY04.01	SKS'ye ilişkin öz değerlendirmeler, yılda en az iki kez olacak şekilde ve düzenli aralıklarla yapılıyor mu?						
KKY04.02	Öz değerlendirme öncesinde sürece ilişkin plan yapıma yapılıyor mu? o Öz değerlendirme ile ilgili ekip veya ekipler belirlenmelidir. o Öz değerlendirme takvimi hazırlanmalıdır. o Öz değerlendirme takvimi hakkında bölümler önceden bilgilendirilmelidir. o Öz değerlendirme tüm SKS bölümlerini kapsamalıdır.						



NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
AĞIZ VE DIŞ SAĞLIĞI MERKEZİ
ÖZ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
KY.FR.09	ARALIK 2023	0	0	6

KKY04.03	Planlanan süreçler doğrultusunda öz değerlendirme yapılıyor mu?						
DOKÜMAN BOYUT	STANDART	SKS PUANI	EVET	HAYIR	K (Karşılıyor) KK (Kısmen Karşılıyor) KM (Karsılanıyor)	ALINAN PUAN	AÇIKLAMA
KKY04.04	Üst yönetim öz değerlendirme sonucunda tespit edilen uygunsuzluklara yönelik bilgilendirme ve gerekli iyileştirme çalışmaları yapılıyor mu?						
KKY05	Kurum yönetimi, hizmet sunumuna yönelik tüm bölüm kalite sorumluları ve bölüm yöneticileri ile değerlendirme toplantıları yapmalıdır.	30					
KKY05.01	Yılda en az iki kez ve işleyişe bağlı olarak ihtiyaç duyulduğunda değerlendirme toplantıları yapılıyor mu?						
KKY05.02	Değerlendirme toplantılarında, kurumsal amaç ve hedefler doğrultusunda yürütülen faaliyetler, öz değerlendirmeler ve kalite süreçleri değerlendiriliyor mu?						
KKY05.03	Değerlendirme toplantıları sonucunda gerekli iyileştirme çalışmaları yapılıyor mu?						
KKY06	Kalite yönetiminin etkinliğinin sağlanması amacıyla komiteler oluşturulmalıdır.	40					
KKY06.01	Kalite yönetimi kapsamında asgari aşağıda belirtilen komiteler oluşturulmuş mu? * Hasta güvenliği komitesi * Çalışan sağlığı ve güvenliği komitesi * Eğitim komitesi * Tesis güvenliği komitesi						
KKY06.02	Her komitede yönetimden en az bir kişi bulunuyor mu?						
KKY06.03	Komite üyelerinin görev tanımları yapılmış mı? sorumluluk ve yetki alanları belirlenmiş mi?						
KKY06.04	Komiteler, düzenli aralıklarla yılda en az dört kez ve gerektiğinde toplanmış mı?						
KKY06.05	Komiteler, görev alanlarına ilişkin gerekli iyileştirme çalışmalarını izlemiş mi?						
KKY06.06	Komiteler, görev alanı ile ilgili gerekli eğitim faaliyetlerini belirlemiş mi?						



NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
AĞIZ VE DIŞ SAĞLIĞI MERKEZİ
ÖZ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
KY.FR.09	ARALIK 2023	0	0	7

DOKÜMAN BOYUT	STANDART	SKS PUANI	EVET	HAYIR	K (Karşılıyor) KK (Kısmen Karşılıyor) KM (Karşılmıyor)	ALINAN PUAN	AÇIKLAMA
KKY07	Hasta Güvenliği Komitesi bulunmalıdır.	50					
KKY07.01	Komitenin görev alanı asgari aşağıdaki konuları kapsayacak şekilde tanımlanmış mı? o Hastaların doğru kimliklendirilmesi o Çalışanlar arasında etkili iletişim ortamının sağlanması o İlaç güvenliğinin sağlanması o Radyasyon güvenliğinin sağlanması o Düşmelerden kaynaklanan risklerin azaltılması o Güvenli cerrahi uygulamalarının sağlanması o Hasta mahremiyetinin sağlanması o Hastaların güvenli transferi o Hasta bilgileri ve kayıtlarının sağlık çalışanları arasında güvenli bir şekilde devredilmesi o Bilgi güvenliğinin sağlanması o Enfeksiyonların önlenmesi o Diş protez laboratuvarında hasta güvenliğinin sağlanması						
KKY08	Çalışan Sağlığı ve Güvenliği Komitesi bulunmalıdır.	50					
KKY08.01	Komitenin görev alanı asgari aşağıdaki konuları kapsayacak şekilde tanımlanmış mı? o Çalışana yönelik risk değerlendirmesi çalışmalarının takibi o Çalışan güvenliğine yönelik tespit edilen risklere yönelik iyileştirme faaliyetlerinin takibi o Sağlık gözetimi programının hazırlanması ve takibi o Özellikle durumu olan personelin (gebe, emziren, engelli, kronik hastalık gibi) sağlık durumu ve ihtiyaçlarına yönelik düzenlemelerin yapılmasının sağlanması ve takibi o Çalışan geri bildirimlerinin (öneri, şikayet gibi) ve anket sonuçlarının değerlendirilmesi o Çalışan geri bildirimleri ve anket sonuçlarına göre gerekli iyileştirme faaliyetlerinin yapılması						



NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
AĞIZ VE DIŞ SAĞLIĞI MERKEZİ
ÖZ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
KY.FR.09	ARALIK 2023	0	0	8

DOKÜMAN BOYUT	STANDART	SKS PUANI	EVET	HAYIR	K (Karşılıyor) KK (Kısmen Karşılıyor) KM (Karşılmıyor)	ALINAN PUAN	AÇIKLAMA
KKY09	Eğitim Komitesi bulunmalıdır.	50					
KKY09.01	Komite, eğitim faaliyetlerini planlamalı ve eğitimlerin gerçekleştirilmesini sağlıyor mu? Komite görev alanı asgari aşağıdaki konuları içermelidir: o Sağlıkta kalite standartları eğitimleri o Hizmet içi eğitimler o Uyum eğitimleri o Hastalara yönelik eğitimler						
KKY10	Tesis Güvenliği Komitesi bulunmalıdır.	50					
KKY10.01	Komitenin görev alanı asgari aşağıdaki konuları kapsayacak şekilde tanımlanmış mı? o Bina turlarından elde edilen verilerin değerlendirilmesi o Kurum alt yapı güvenliğinin sağlanması (Bkz. Tesis Yönetimi Bölümü) o Kurumda can ve mal güvenliğinin sağlanması o Afet ve acil durum yönetimi çalışmaları o Atık yönetimi çalışmaları o Tıbbi cihaz güvenliği o Tehlikeli maddelerin yönetimi						
KKY11	Komite toplantılarının yönetimine ilişkin düzenleme yapılmalıdır.	10					
KKY11.01	Katılımcılar toplantı öncesi bilgilendirilmeli ve bilgilendirme asgari aşağıdaki konuları kapsıyor mu? o Toplantı yöneticisi ve katılımcıları o Toplantı gündemi ve süresi o Toplantı yeri ve zamanı						
KKY11.02	Toplantıya dair kayıtlar tutuluyor mu?						
KKY12	Tespit edilen uygunsuzluklara yönelik kalite iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.	30					
KKY12.01	Gerçekleştirilen iyileştirme çalışmalarının kayıtları tutuluyor mu?						
KKY13	Komite çalışmalarında yer alacak kişilerin görev tanımları yapılmalı, sorumluluk ve yetki alanları belirlenmelidir.	30					



NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI MERKEZİ
ÖZ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
KY.FR.09	ARALIK 2023	0	0	9

DOKÜMAN BOYUT	STANDART	SKS PUANI	EVET	HAYIR	K (Karşılıyor) KK (Kısmen Karşılıyor) KM (Karşılmıyor)	ALINAN PUAN	AÇIKLAMA
KKY14	Çalışanlar tanıtım kartı kullanılmalıdır.	10					
KKY14.01	Tanıtım kartları; standart bir tasarımda ve fotoğraflı olmalı, çalışanın adı, soyadı ve unvan bilgilerini içeriyor mu?						
KKY14.02	Tanıtım kartları çalışma süresince takılıyor mu?						
İLGİLİ BÖLÜM TOPLAM PUANI: KURUM ÖZ DEĞERLENDİRME PUANI: KURUM SKS BÖLÜM PUANI :							
DENETLENEN BÖLÜM SORUMLULARI	İMZA	ÖZ DEĞERLENDİRME EKİBİ	İMZA				



NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
AĞIZ VE DIŞ SAĞLIĞI MERKEZİ
ÖZ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
KY.FR.09	ARALIK 2023	0	0	10

DOKÜMAN YÖNETİMİ							Tarih:
DOKÜMAN BOYUT	STANDART	SKS PUANI	EVET	HAYIR	K (Karşılıyor) KK (Kısmen Karşılıyor) KM (Karşılmıyor)	ALINAN PUAN	AÇIKLAMA
KDY01	Kurumda kalite yönetimi kapsamında oluşturulan dokümana yönelik düzenleme yapılmalıdır.	30					
KDY01.01	Doküman yönetimi ile ilgili süreçler asgari aşağıdaki konuları kapsayacak şekilde tanımlanıyor mu? o Doküman ihtiyacının belirlenmesi o Dokümanların; * Hazırlanması * Kontrolü * Onaylanması * Dağıtılması ve duyurulması * Güncellenmesi * Muhafazası * Kullanımdan kaldırılması * İmhası o Dış kaynaklı dokümanların yönetimi						
KDY01.02	Dokümanın biçimi ve düzeni doküman türü bazında belirlenmeli, kurumun hizmet kapsamı içinde oluşturulan tüm dokümanlarda bu biçim ve düzene uygun hareket ediliyor mu? o Dış kaynak kullanımı yoluyla sunulan hizmetlere ilişkin doküman da kurum tarafından belirlenen biçim ve düzene uygun olmalı ve kurum adına yayınlanmalıdır.						
KDY01.03	Dokümanın hazırlanması, kontrolü ve onaylanmasından sorumlu kişiler tanımlanıyor mu? o Kalite yönetimi kapsamında oluşturulan doküman üst yönetim tarafından onaylanmalıdır.						
KDY01.04	Doküman yönetim sistemi kapsamında kullanılan tüm dokümanları içeren bir liste bulunuyor mu?						
KDY01.05	İlgili çalışanlara, dokümanlara yönelik gerekli eğitimler veriliyor mu?						
KDY02	Kalite yönetimi kapsamında oluşturulan doküman güncel olmalıdır.	30					
KDY02.01	Doküman kurum tarafından belirlenen sıklıkta gözden geçiriliyor mu? o Gözden geçirme tarihi kayıt altına alınmalıdır.						



NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
AĞIZ VE DIŞ SAĞLIĞI MERKEZİ
ÖZ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
KY.FR.09	ARALIK 2023	0	0	11

KDY02.02	Dokümanda yapılan değişiklikler kayıt altına alınmalı, güncelleme bilgisi doküman listesinde izlenebiliyor mu?	SKS PUANI	EVET	HAYIR	K (Karşılıyor) KK (Kısmen Karşılıyor) KM (Karşılmıyor)	ALINAN PUAN	AÇIKLAMA
KDY02.03	İlgili çalışanlar güncel dokümana kolay ulaşabiliyor mu? o Doküman intranet ortamında ve/veya basılı kontrollü kopya olarak yayımlanmalıdır. o Basılı kontrollü kopyalar asılmamalıdır.						
KDY03	Dış kaynaklı dokümana yönelik düzenleme yapılmalıdır.	10					
KDY03.01	Dış kaynaklı doküman belirleniyor mu?						
KDY03.02	Dış kaynaklı doküman orijinal formatında ve güncel haliyle kullanıcıların erişimine sunuluyor mu?						
KDY04	Panolarla asılan dokümana yönelik düzenleme yapılmalıdır.	10					
KDY04.01	Hastalara yönelik bilgilendirici dokümanın asılacağı alanlar belirleniyor mu?						
KDY04.02	Dokümanın asılma kuralları belirleniyor mu? o Panolarda asılacak dokümana yönelik onayın nasıl ve kim tarafından verileceği belirlenmelidir. o Dokümanın panoda ne kadar süre asılı kalacağı ve panodan kaldırılmasına yönelik sürecin nasıl yönetileceği tanımlanmalıdır. o Dokümanın takibi ile ilgili sorumluluklar belirlenmelidir.						
KDY04.03	Hastalara yönelik asılan bilgilendirme dokümanı güncel oluyor mu?						
KDY04.04	Panolar ve panolarda asılı doküman, görsel olarak uygun şekilde düzenleniyor mu?						
KDY04.05	Belirlenen panolar ve alanlar dışında asılması gereken bilgilendirici ilan, duyuru ve açıklamalara yönelik kurallar belirleniyor mu?						
KDY05	Fiziksel veya elektronik imzalı dokümanın arşivlenmesi, muhafazası ve imhası ile ilgili kurallar tanımlanmalıdır.	10					

İLGİLİ BÖLÜM TOPLAM PUANI: KURUM ÖZ DEĞERLENDİRME PUANI: KURUM SKS BÖLÜM PUANI :

DENETLENEN BÖLÜM SORUMLULARI	İMZA	ÖZ DEĞERLENDİRME EKİBİ	İMZA



NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI MERKEZİ
ÖZ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
KY.FR.09	ARALIK 2023	0	0	12



NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
AĞIZ VE DIŞ SAĞLIĞI MERKEZİ
ÖZ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
KY.FR.09	ARALIK 2023	0	0	13

RİSK YÖNETİMİ							Tarih:
DOKÜMAN BOYUT	STANDART	SKS PUANI	EVET	HAYIR	K (Karşılıyor) KK (Kısmen Karşılıyor) KM (Karşılamıyor)	ALINAN PUAN	AÇIKLAMA
KRY01	Risk yönetimine ilişkin görev, yetki ve sorumluluklar tanımlanmalıdır.	50					
KRY01.01	Kurumda risk yönetim kurulu oluşturuluyor mu?						
KRY01.02	Risk yönetim kurulunun sorumlulukları tanımlanıyor mu?						
KRY01.03	Risk yönetimi çalışmalarının aktif olarak yürütülmesi ve raporlanmasına yönelik görev ve sorumluluklar tanımlanıyor mu?						
KRY01.04	Risk yönetimi çalışmaları, kalite yönetim birimi, ilgili komite, kurul ve birimlerle (iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili birimler, hasta güvenliği komitesi gibi) koordineli şekilde yürütülüyor mu?						
KRY01.05	Bölümlerde gerçekleştirilen risk yönetimi çalışmalarına ilgili bölüm kalite sorumluları ve çalışanları dahil ediliyor mu?						
KRY02	Kurumda gerçekleştirilecek risklerin yönetilmesine ilişkin düzenleme bulunmalıdır.	50					
KRY02.01	Risk yönetimi; hasta, hasta yakını, ziyaretçi ve çalışanlara yönelik asgari aşağıdaki hususlar kapsamında ele alınıyor mu? o Tıbbi hizmetler o Yönetimsel hizmetler o Tesis güvenliği o Çevre güvenliği o İş sağlığı ve güvenliği						
KRY02.02	Risk yönetimi; fiziksel, kimyasal, biyolojik, ergonomik, psikososyal ve sunulan hizmetlere ilişkin tüm riskleri içeriyor mu?						
KRY02.03	Risk yönetimi süreci asgari aşağıdaki konuları içerecek şekilde tanımlanıyor mu? o Amaç ve hedefler o Kapsam o Risk yönetimi kurumsal yapısının oluşturulması o Kurulların çalışma esasları o Kurul üyeleri ve risk değerlendirme ekibinin eğitilmesi o Risk değerlendirme süreci						



NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
AĞIZ VE DIŞ SAĞLIĞI MERKEZİ
ÖZ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
KY.FR.09	ARALIK 2023	0	0	14

DOKÜMAN BOYUT	STANDART	SKS PUANI			K (Karşılıyor) KK (Kısmen Karşılıyor) KM (Karşılmıyor)	ALINAN PUAN	AÇIKLAMA
			EVET	HAYIR			
KRY03	Kurum risk değerlendirme ve eylem planı hazırlanmalı, riskler plan doğrultusunda belirlenmeli ve analiz edilmelidir.	50					
KRY03.01	Kurumda risk değerlendirme çalışmasını yapmak üzere risk değerlendirme ekibi oluşturulmalı, ekibin çalışma usul ve esasları ile sorumlulukları tanımlanıyor mu?						
KRY03.02	Kurum risk değerlendirme ve eylem planı; SKS risk değerlendirme ve eylem planı ve İSG risk değerlendirmesi olmak üzere iki ayrı doküman şeklinde hazırlanıyor mu?						
KRY03.03	Risk analizi yöntemi veya yöntemleri belirleniyor mu?						
KRY03.04	Risk değerlendirme ekibi tarafından, ilgili bölüm sorumluları ve çalışanlarının katılımı ile bölüm veya süreç bazında tehlikeler tanımlanmalı ve riskler belirleniyor mu?						
KRY03.05	Mevcut durum ve tedbirler dikkate alınarak riskler analiz edilmeli ve risk düzeyleri belirleniyor mu?						
KRY03.06	Risklere yönelik yapılması gereken düzeltici ve iyileştirici faaliyetler, faaliyet sorumluları ve hedeflenen gerçekleştirme tarihleri tanımlanıyor mu?						
KRY04	Kurum risk değerlendirme ve eylem planı doğrultusunda belirlenen iyileştirme çalışmaları gerçekleştirilmelidir.	50					
KRY05	Kurum risk değerlendirmesi en geç iki yılda bir kez yapılmalı ve gerektiğinde güncellenmelidir.	40					
KRY06	Risk yönetimi kapsamında gerçekleştirilen düzeltici ve iyileştirici faaliyetlerin etkinliği ve sürekliliği düzenli aralıklarla izlenmelidir.	30					

İLGİLİ BÖLÜM TOPLAM PUANI: KURUM ÖZ DEĞERLENDİRME PUANI: KURUM SKS BÖLÜM PUANI :

DENETLENEN BÖLÜM SORUMLULARI	İMZA	ÖZ DEĞERLENDİRME EKİBİ	İMZA



NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
AĞIZ VE DIŞ SAĞLIĞI MERKEZİ
ÖZ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
KY.FR.09	ARALIK 2023	0	0	15

KURUMSAL VERİMLİLİK							Tarih:
DOKÜMAN BOYUT	STANDART	SKS PUANI	EVET	HAYIR	K (Karşılıyor) KK (Kısmen Karşılıyor) KM (Karşılmıyor)	ALINAN PUAN	AÇIKLAMA
KKV01	Hizmet süreçlerinde verimliliğin izlenmesi ve iyileştirilmesine yönelik sorumlular ve sorumlulukları tanımlanmalıdır.	40					
KKV01.01	Verimlilik çalışmalarına yönelik sorumlular belirlenmeli, sorumluluklar asgari aşağıdaki hususları içerecek şekilde tanımlanmış mı? o Verimlilik ile ilgili gerçekleştirilen faaliyetlerin koordinasyonu ve izlenmesi o Veri toplama ve analiz çalışmaları ile iyileştirme faaliyetlerinin koordinasyonu ve izlenmesi o Verimlilik ölçümünde kullanılacak yöntemlerin tanımlanması o Raporların hazırlanması ve üst yönetime sunulması						
KKV02	Verimlilik ölçümleri bir plan dahilinde gerçekleştirilmelidir.	30					
KKV02.01	Verimlilik ölçümlerine ilişkin plan oluşturulmuş mu? o Ölçüm aralıkları alana özgü olarak belirlenmelidir. o Verimlilik ölçümleri plan dahilinde gerçekleştirilmeli, en az yılda bir kez sonuçlar analiz edilmelidir.						
KKV03	Verimlilik ölçümü yapılacak alanlar ile ölçüm metodları tanımlanmalıdır.	30					
KKV03.01	Asgari aşağıdaki konulara yönelik verimlilik ölçümleri yapılıyor mu? o İlaç o Tıbbi sarf ve malzeme o Tetkik ve teşhis hizmetleri o İnsan kaynakları o Enerji kullanımı o Tesis kullanımı o Tıbbi cihaz o Zaman yönetimi o Bütçe						
KKV03.02	Verimlilik ölçüm ve analizi, istatistiksel analizler, oran analizi, regresyon analizi, veri zarflama analizi gibi güncel bilimsel yöntemler kullanılarak gerçekleştiriliyor mu?						



NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI MERKEZİ
ÖZ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
KY.FR.09	ARALIK 2023	0	0	16

DOKÜMAN BOYUT	STANDART	SKS PUANI			K (Karşılıyor) KK (Kısmen Karşılıyor) KM (Karşılmıyor)	ALINAN PUAN	AÇIKLAMA
			EVET	HAYIR			
KKV04	Belirlenen her bir konu başlığı ile ilgili mevcut durum analizi yapılmalıdır.	30					
KKV04.01	Yılda en az bir kez, verimlilik ile ilgili belirlenen her bir konu başlığı için, kurumun güçlü ve zayıf yönleri ile fırsat ve tehditlerini tanımlamaya yönelik çalışma yapılıyor mu? o Verimliliği azaltan nedenler ve kaynakların gereksiz kullanım durumu tespit edilmelidir. o Mevcut durum analizi sırasında ilgili çalışanlar ve yöneticilerin görüşleri alınmalıdır. o Verimlilik ölçüm sonuçları ve konuyla ilgili elde edilebilen diğer yardımcı veriler de kullanılmalıdır.						
KKV04.02	Mevcut durum analizine ilişkin rapor oluşturularak üst yönetime sunuluyor mu?						
KKV05	Verimliliğin artırılmasına yönelik faaliyetler planlanmalı ve uygulanmalıdır.	40					
KKV05.01	Verimlilik ölçümlerine yönelik analiz sonuçları doğrultusunda iyileştirme faaliyetleri planlanmalıdır.						
KKV05.02	Gerçekleştirilen iyileştirme faaliyetlerinin etkinliği değerlendirilmelidir.						
İLGİLİ BÖLÜM TOPLAM PUANI:			KURUM ÖZ DEĞERLENDİRME PUANI:			KURUM SKS BÖLÜM PUANI :	
DENETLENEN BÖLÜM SORUMLULARI	İMZA	ÖZ DEĞERLENDİRME EKİBİ		İMZA			



NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
AĞIZ VE DIŞ SAĞLIĞI MERKEZİ
ÖZ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
KY.FR.09	ARALIK 2023	0	0	17

İSTENMEYEN OLAY BİLDİRİM SİSTEMİ							Tarih:
DOKÜMAN BOYUT	STANDART	SKS PUANI	EVET	HAYIR	K (Karşılıyor) KK (Kısmen Karşılıyor) KM (Karşılmıyor)	ALINAN PUAN	AÇIKLAMA
Kİ001	İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi kurulmalıdır.	50					
Kİ001.01	Sistem, hasta ve çalışan (stajyer ve kurumda mesleki eğitim alanlar dahil) güvenliğini tehdit eden, ramak kala veya gerçekleşen her türlü istenmeyen olayı kapsayacak şekilde düzenleniyor mu? o Hukuka yansımış istenmeyen olayların da sistem kapsamında analizinin yapılması sağlanmalıdır.						
Kİ001.02	Sistem, "Hasta Güvenliği" ve "Çalışan Güvenliği" olmak üzere iki ayrı modülde ele alınıyor mu?						
Kİ001.03	Bildirim, analiz ve raporlamaya ilişkin süreçler ile her bir sürecin işleyişine yönelik basamaklar tanımlanıyor mu?						
Kİ001.04	Analiz ve raporlama süreçlerine yönelik sorumlular belirleniyor mu?						
Kİ001.05	Sistem, bildirimlerin yapılabilmesi açısından kolay ulaşılabilir ve kullanıcı dostu mu?						
Kİ001.06	Bildirim formları, aşağıdaki başlıklarda bilgi alınmasına yönelik olarak düzenleniyor mu? o Olayın konusu o Olayın gelişim süreci o Olaya ilişkin varsa görüş ve öneriler						
Kİ002	Sistem, çalışanların kendilerini güvende hissedebilecekleri şekilde tasarlanmalıdır.	30					
Kİ002.01	Bildirim sürecinde, ilgili kullanıcının gizlilik yönünde talebi olması durumunda, özellikle raporlama ve raporların paylaşılması aşamalarına yönelik gizlilik ilkesi uygulanıyor mu?						



NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
AĞIZ VE DIŞ SAĞLIĞI MERKEZİ
ÖZ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
KY.FR.09	ARALIK 2023	0	0	18

DOKÜMAN BOYUT	STANDART	SKS PUANI			K (Karşılıyor) KK (Kısmen Karşılıyor) KM (Karşılmıyor)	ALINAN PUAN	AÇIKLAMA
			EVET	HAYIR			
KİO03	Çalışanlara istenmeyen olay bildirim sistemi ile ilgili eğitim verilmelidir.	40					
KİO03.01	İstenmeyen olay bildirim sistemi ile ilgili eğitimler tüm kurum çalışanlarını ve asgari aşağıdaki konuları kapsayacak şekilde planlanıyor mu? o İstenmeyen olay bildirim sisteminin amacı, önemi ve sorumluluklar o Sistemin yapısı o Çalışanlar açısından bildirimlerin gizliliği ve güvenliği o Sistemin odağı olan hatalardan öğrenme ve sürekli iyileştirme kültürü o Bildirim sistemi kapsamında yer alan istenmeyen olaylar o Bildirimin yapılma şekli ve uyulması gereken kurallar o Bildirim formlarının nasıl doldurulacağı o Bildirimlerin nasıl değerlendirileceği ve analiz edileceğine ilişkin genel bilgi o İstenmeyen olayların meydana gelmesi durumunda, hasta ve hasta yakınının nasıl bilgilendirileceği						
KİO04	İstenmeyen Olay Bildirim Sistemine yapılan bildirimler analiz edilmeli, analiz sonuçlarına göre iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.	50					
KİO04.01	Sisteme yapılan bildirimler değerlendirilmeli ve bildiriimi yapılan her olay için kök neden analizi yapılıyor mu?						
KİO04.02	Sistem yapılan bildirimlerin genel analizleri düzenli aralıklarla tekrarlanıyor, raporlanıp değerlendiriliyor mu?						
KİO04.03	Tespit edilen olumsuzluklara yönelik gerekli düzeltici-önleyici faaliyetler gerçekleştiriliyor ve sonuçları izleniyor mu?						
KİO04.04	Gerçekleştirilen düzeltici-önleyici faaliyetler hakkında ilgili çalışanlar bilgilendiriliyor mu?						
KİO05	Çalışanların bildirim sistemi ile ilgili görüş ve önerileri alınmalı ve bu kapsamda çalışanlara düzenli aralıklarda geri bildirimlerde bulunulmalıdır.	30					



NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI MERKEZİ
ÖZ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
KY.FR.09	ARALIK 2023	0	0	19

DOKÜMAN BOYUT	STANDART	SKS PUANI			K (Karşılıyor) KK (Kısmen Karşılıyor) KM (Karşılamıyor)	ALINAN PUAN	AÇIKLAMA
			EVET	HAYIR			
KİO06	İstenmeyen olay bildirim sisteminin, ulusal bildirim sistemlerine entegrasyonu sağlanmalı ve çalışanlara ulusal bildirim sistemleri hakkında eğitim verilmelidir.	50					
KİO06.01	Sistemin, Bakanlıkça oluşturulan ulusal çalışan güvenliği bildirim sistemine entegrasyonu sağlıyor mu?						
KİO06.02	Sistemin, Bakanlıkça oluşturulan ulusal hasta güvenliği bildirim sistemine entegrasyonu sağlıyor mu?						
KİO06.03	Çalışanlara ulusal sistemler hakkında eğitim verilmelidir. Eğitim asgari aşağıdaki hususları kapsıyor mu? o Bildirimlerin bireysel ve kurumsal olarak yapılabildiği o Bildirim sırasında hiçbir kişisel bilginin (IP adresi, lokasyon bilgisi, kişi adı vb.) veri tabanına kaydedilmediği o Bildirimlerin hasta ve çalışan güvenliği ile ilgili iyileştirmeler yapılmasına katkı sağladığı aynı zamanda SKS'nin geliştirilmesi amacı ile kullanılacağı o Bildirimlerin yapılacağı ulusal sistemlerin adresleri						

İLGİLİ BÖLÜM TOPLAM PUANI: KURUM ÖZ DEĞERLENDİRME PUANI: KURUM SKS BÖLÜM PUANI :

DENETLENEN BÖLÜM SORUMLULARI	İMZA	ÖZ DEĞERLENDİRME EKİBİ	İMZA



NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI MERKEZİ
ÖZ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
KY.FR.09	ARALIK 2023	0	0	20

AFET VE ACIL DURUM YÖNETİMİ							Tarih:
DOKÜMAN BOYUT	STANDART	SKS PUANI	EVET	HAYIR	K (Karşılıyor) KK (Kısmen Karşılıyor) KM (Karşılmıyor)	ALINAN PUAN	AÇIKLAMA
KAD01	Afet ve acil durum yönetimi ile ilgili görev, yetki ve sorumluluklar tanımlanmalıdır.	30					
KAD01.01	Afet ve acil durum yönetimi ekibi tanımlanıyor mu? o Ekipte, kurum yönetiminden en az bir kişi bulunmalıdır. o Ekip tarafından düzenli aralıklarla toplantılar yapılmalı ve toplantıya ilişkin kayıtlar tutulmalıdır.						
KAD01.02	Acil durumda görev alacak çalışanlar yedekleri ile birlikte belirlenip, sorumluluklar tanımlanmış mıdır?						
KAD02	Afet ve acil durum yönetimine ilişkin risk değerlendirmesi yapılmalıdır	50					
KAD02.01	Risk değerlendirme kapsamı, olası olağan dışı müdahale, mücadele, ilkyardım ve tahliye gerektiren olaylar göz önünde bulundurularak belirleniyor mu? Risk değerlendirmesi asgari aşağıdaki konuları kapsamalıdır: o Tehlikeli kimyasal, biyolojik, radyoaktif ve nükleer maddelerden kaynaklanan yayılım ve zehirlenme o Salgın hastalık o Yangın o Patlama o Doğal afetler o Sabotaj o Savaş o Terör eylemi o Göç						



NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
AĞIZ VE DIŞ SAĞLIĞI MERKEZİ
ÖZ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
KY.FR.09	ARALIK 2023	0	0	21

DOKÜMAN BOYUT	STANDART	SKS PUANI			K (Karşılıyor) KK (Kısmen Karşılıyor) KM (Karşılmıyor)	ALINAN PUAN	AÇIKLAMA
			EVET	HAYIR			
KAD03	Acil durum ve afet planı oluşturulmalıdır.	30					
KAD03.01	<ul style="list-style-type: none">o Acil durum müdahale yöntemlerio Tespit edilen risklero Koruyucu önlemlero Kontrolo Erken teşhis ve tespito Triyajo Klinik hizmetler ve kaynakların yönetimi (hasta bakımı, insan kaynakları, tıbbi cihazlar, arşiv vb.)o Tesisin tahliyesio Kullanılacak alternatif alanlaro Kullanılacak malzemelerin teminio Afet ve acil durum malzeme envanterio İşbirliği yapılacak kurumlarla organizasyono İş sürekliliğinde kesinti						
KAD03.02	Afet ve acil durum planı her yıl güncellenmeli ve il düzeyinde gerekli onaylar alınıyor mu?						
KAD04	Kuruma ait acil durum plan krokileri bulunmalıdır.	20					
KAD04.01	Bina girişlerinde ana hizmet birimlerini gösteren genel acil durum plan krokileri bulunuyor mu?						
KAD04.02	Kat girişleri veya asansör çıkışlarında kat acil durum plan krokileri bulunuyor mu?						
KAD04.03	Acil durum plan krokilerinde aşağıdaki bilgiler bulunuyor mu? <ul style="list-style-type: none">o Yangın söndürme amaçlı kullanılacaklar da dâhil olmak üzere acil durum ekipmanlarının bulunduğu yerlero Acil müdahale setinin bulunduğu yerlero Acil çıkış yolları, toplanma yerleri ve uyarı sistemlerinin bulunduğu yerlero İlk yardım, acil tıbbi müdahale, kurtarma ve yangınla mücadele konularında kurum haricindeki kuruluşların irtibat numaraları						
KAD04.04	Çalışanlar acil durum plan krokileri hakkında bilgilendiriliyor mu?						



NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
AĞIZ VE DIŞ SAĞLIĞI MERKEZİ
ÖZ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
KY.FR.09	ARALIK 2023	0	0	22

DOKÜMAN BOYUT	STANDART	SKS PUANI			K (Karşılıyor) KK (Kısmen Karşılıyor) KM (Karşılmıyor)	ALINAN PUAN	AÇIKLAMA
			EVET	HAYIR			
KAD05	Tesisin afet ve acil durumlarda tahliyesine yönelik düzenleme bulunmalıdır.	30					
KAD05.01	Afet ve acil durumlara yönelik tesis tahliye planı oluşturulmalı, tahliye planı aşağıdaki konuları içeriyor mu? o Hasta nakli (mümkün olduğu kadar asansör kullanılmadan) o Hastaların güvenli yerlere transferi o Geçici yerleştirme alanları o Personel takviyesi o Trafik akışı ve güvenlik o Hasta izleme sistemleri o Taşınabilir jeneratörü ve fenerleri de içeren acil ışıklandırma o Alternatif elektrik, su, ısınma ve iletişim kaynaklarının organizasyonu						
KAD05.02	Çalışanların katılımı ile yılda en az bir kez tesis tahliye tatbikatı yapılıyor mu? o Tesis tahliye tatbikatı merkezin idari ve destek hizmetleri de dahil tüm hizmet sunum alanlarının tahliyesini kapsamalıdır. o Tatbikat senaryosu oluşturulmalıdır. o Tatbikatların video kayıtları bulunmalıdır. o Tatbikat raporu hazırlanmalıdır						
KAD05.03	Tatbikat sırasında belirlenen uygunsuzluklara yönelik gerekli iyileştirmeler yapılıyor mu?						
KAD05.04	Tatbikat hedefleri belirlenip, başarılı bir tatbikat gerçekleştirilene kadar tekrar ediliyor mu?						
KAD06	Kurumda görevli tüm çalışanlara afet ve acil durum planına yönelik eğitimler verilmelidir.	30					
KAD06.01	Afet ve acil durum eğitimleri asgari aşağıdaki konuları içeriyor mu? o Temel afet bilinci o Yangın söndürücüleri ve hortumlarının kullanımı (uygulamalı) o Yapısal olmayan risklerin azaltılması (YORA) o Afet ve acil durum triyajı o Deprem ve acil durum krokileri o Uygulamalı hastane afet planı (HAP) (yataklı tedavi kurumları için)						



NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI MERKEZİ
ÖZ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
KY.FR.09	ARALIK 2023	0	0	23

DOKÜMAN BOYUT	STANDART	SKS PUANI	EVET	HAYIR	K (Karşılıyor) KK (Kısmen Karşılıyor) KM (Karşılmıyor)	ALINAN PUAN	AÇIKLAMA
KAD07	Depreme yönelik düzenleme yapılmalıdır.	50					
KAD07.01	Depreme yönelik gerçekleştirilen risk değerlendirmesi doğrultusunda YORA'ya yönelik gerekli çalışmalar yapılıyor mu? Yapısal olmayan risklerin önlenmesine yönelik çalışmalar asgari aşağıdaki hususları kapsamalıdır: o Risk içeren tıbbi cihazların sabitlenmesi o Yüksek mobilyaların sabitlenmesi o Oksijen tüplerinin, sedye, tekerlekli sandalye gibi ekipmanın hastalara ve personele zarar vermeyecek, kaçış yollarını kapatmayacak şekilde yerleştirilmesi ve sabitlenmesi o Buzdolabı, fotokopi makinesi gibi ağır veya büyük hacimdeki teçhizatın zemine ve /veya duvara sabitlenmesi o Cisimlerin ağırlıklarına göre ağırdan hafife doğru (ağır cisimler alt raflarda olacak şekilde) raflara yerleştirilmesi o Doğalgazın sarsıntı esnasında otomatik olarak kesilmesinin sağlanması o Jeneratörler ile ilgili sismik tedbirlerin alınması amacı ile sarsıntıyı algılayan sistemlerin kullanılması o Tıbbi sarf ve ilaç depolarında büyük hacimli malzemelerin alt raflara konulması ve rafların malzemelerin düşmelerini engelleyecek şekilde düzenlenmesi o Çalışanlara depreme yönelik önlemler hakkında eğitim verilmesi						
KAD08	Mavi kod yönetimine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	30					
KAD08.01	Mavi kod yönetimi ile ilgili acil uyarı sistemi oluşturuyor mu? o Telefon üzerinden uygulama yapan kurumlarda, mavi kod için 2222 numarası kullanılmalıdır.						



NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI MERKEZİ
ÖZ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
KY.FR.09	ARALIK 2023	0	0	24

DOKÜMAN BOYUT	STANDART	SKS PUANI			K (Karşılıyor) KK (Kısmen Karşılıyor) KM (Karşılmıyor)	ALINAN PUAN	AÇIKLAMA
			EVET	HAYIR			
KAD08.02	Mavi kod yönetimi ile ilgili sorumlular belirleniyor mu? o Sorumlular, kurumun büyüklüğü ve hizmetlerin çeşitliliği dikkate alınarak, mavi kod uygulamalarının etkililiğini, sürekliliğini ve sistematikliğini sağlayacak şekilde tanımlanmalı, kurum yönetiminden en az bir kişi sorumlular arasında yer almalıdır. o Sorumluluk alanı, mavi kod ile ilgili tatbikat ve eğitimlerin organizasyonu ve gerektiğinde düzeltici ve iyileştirici faaliyetlerin başlatılmasını kapsamalıdır.						
KAD08.03	Her vardiya için ekipler belirleniyor mu? o Ekipte; en az bir diş hekimi/hekim ve bir sağlık çalışanı bulunmalıdır. o Diş hekimi/hekim ve sağlık çalışanı CPR eğitimi almış olmalıdır. o Mesai saatleri dışında ekip oluşturmak için yeterli personelin bulunmadığı durumlarda acil müdahalenin ne şekilde yapılacağı belirlenmelidir.						
KAD08.04	Uygulamalarda kullanılmak üzere acil müdahale seti bulunuyor mu? o Acil müdahale setinde yer alan ilaç ve malzemelerin stok seviyeleri belirlenmeli ve takip edilmelidir. o İlaç ve malzemelerin miat takibi yapılmalıdır.						
KAD08.05	Yapılan müdahale ile ilgili kayıtlar kalite yönetim birimine iletilmeli, kayıtlarda asgari aşağıdaki bilgiler bulunuyor mu? o Müdahale edilen kişiye ait bilgiler o Yapılan uygulama o Müdahalenin yeri o Çağrının yapıldığı zaman o Ekibin olay yerine ulaşma zamanı o Müdahalenin sonucu o Müdahale ekibinde yer alanların bilgileri						
KAD08.06	Mavi kod ekibinin olay yerine ulaşmasına ilişkin hedef süre tanımlanıp, gerçekleşen süreler takip ediliyor mu?						



NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
AĞIZ VE DIŞ SAĞLIĞI MERKEZİ
ÖZ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
KY.FR.09	ARALIK 2023	0	0	25

DOKÜMAN BOYUT	STANDART	SKS PUANI	EVET	HAYIR	K (Karşılıyor) KK (Kısmen Karşılıyor) KM (Karşılmıyor)	ALINAN PUAN	AÇIKLAMA
KAD08.07	Çalışanların katılımı ile yılda en az bir kez mavi kod uygulamasına yönelik olarak tatbikat yapılıyor mu? o Tatbikat senaryosu oluşturulmalıdır. o Tatbikatların video kayıtları bulunmalıdır. o Tatbikat raporu hazırlanmalıdır.						
KAD08.08	Tatbikat hedefleri belirlenmeli, başarılı bir tatbikat gerçekleştirilene kadar tekrar ediliyor mu?						
KAD08.09	Tatbikatlar ve gerçek müdahaleler sırasında belirlenen uygunsuzluklara yönelik gerekli iyileştirmeler yapılıyor mu?						
KAD08.10	Çalışanlara mavi kod ile ilgili eğitim veriliyor mu?						
KAD09	Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet olaylarının yönetimine ilişkin düzenleme bulunmalıdır.	50					
KAD09.01	Beyaz kod yönetimi ile ilgili acil uyarı sistemi oluşturuluyor mu? o Telefon üzerinden uygulama yapan kurumlarda, beyaz kod için 1111 numarası kullanılmalıdır.						
KAD09.02	Beyaz kod yönetimi ile ilgili sorumlular belirleniyor mu? o Sorumlular, kurumun büyüklüğü ve hizmetlerin çeşitliliği dikkate alınarak, beyaz kod uygulamalarının etkililiğini, sürekliliğini ve sistematikliğini sağlayacak şekilde tanımlanmalı, kurum yönetiminden en az bir kişi sorumlular arasında yer almalıdır. o Sorumluluk alanı, beyaz kod ile ilgili tatbikat ve eğitimlerin organizasyonu ve gerektiğinde düzeltici ve iyileştirici faaliyetlerin başlatılmasını kapsamalıdır.						
KAD09.03	Yapılan beyaz kod müdahalesi ile ilgili kayıtlar kalite yönetim birimine iletilmeli, kayıtlarda asgari aşağıdaki bilgiler bulunuyor mu? o Olayın olduğu tarih ve saat o Olayın olduğu yer o Olayın başlama nedeni o Olayın oluş şekli o Varsa olayda kullanılan cisim o Olaya karışanların yaşları, cinsiyetleri, varsa kişisel bilgileri o Olayı görenlerin kişisel ve iletişim bilgileri						



NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI MERKEZİ
ÖZ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
KY.FR.09	ARALIK 2023	0	0	26

DOKÜMAN BOYUT	STANDART	SKS PUANI	EVET	HAYIR	K (Karşılıyor) KK (Kısmen Karşılıyor) KM (Karşılmıyor)	ALINAN PUAN	AÇIKLAMA
KAD09.04	Çalışanların katılımı ile yılda en az bir kez beyaz kod uygulamasına yönelik tatbikat yapılıyor mu? o Tatbikat senaryosu oluşturulmalıdır. o Tatbikatların video kayıtları bulunmalıdır. o Tatbikat raporu hazırlanmalıdır.						
KAD09.05	Tatbikat hedefleri belirlenmeli, başarılı bir tatbikat gerçekleştirilene kadar tekrar ediliyor mu?						
KAD09.06	Tatbikatlar ve gerçek müdahaleler sırasında belirlenen uygunsuzluklara yönelik gerekli iyileştirmeler yapılıyor mu?						
KAD09.07	Olaya maruz kalan çalışanlara gerekli destek sağlanıyor mu?						
KAD09.08	Sağlık hizmeti sunumu kaynaklı şiddet olayının gerçekleşmesi durumunda, hukuki süreç başlatılmak üzere beyaz kod bildirim (113) yapılıyor mu?						
KAD09.09	Çalışanlara, beyaz kod acil uyarı sistemi (1111) ve sağlıkta şiddet olayının gerçekleşmiş olması halinde bildirim yapılan beyaz kod (113) uygulaması konusunda eğitim veriliyor mu?						
KAD10	Kırmızı kod yönetimine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	30					
KAD10.01	Kırmızı kod yönetimi ile ilgili sorumlular belirleniyor mu? o Sorumlular, kurumun büyüklüğü ve hizmetlerin çeşitliliği dikkate alınarak, kırmızı kod uygulamalarının etkililiğini, sürekliliğini ve sistematikliğini sağlayacak şekilde tanımlanmalı, kurum yönetiminden en az bir kişi sorumlular arasında yer almalıdır. o Sorumluluk alanı; yangın algılama ve uyarı sisteminin bakım ve kontrollerinin düzenli aralıklarla yapılmasının sağlanması, kırmızı kod ile ilgili tatbikat ve eğitimlerin organizasyonu ve gerektiğinde düzeltici ve iyileştirici faaliyetlerin başlatılmasını kapsamalıdır.						



NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
AĞIZ VE DIŞ SAĞLIĞI MERKEZİ
ÖZ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
KY.FR.09	ARALIK 2023	0	0	27

DOKÜMAN BOYUT	STANDART	SKS PUANI	EVET	HAYIR	K (Karşılıyor) KK (Kısmen Karşılıyor) KM (Karşılmıyor)	ALINAN PUAN	AÇIKLAMA
KAD10.02	Yapılan kırmızı kod müdahalesi ile ilgili kayıtlar kalite yönetim birimine iletilmeli, kayıtlarda asgari aşağıdaki bilgiler yer alıyor mu? o Yangının çıktığı tarih ve saat o Yangının çıktığı yer o Yangının başlama nedeni o Çevrede oluşan olumsuzluklar o Yangına müdahale edenlerin kişisel ve iletişim bilgileri						
KAD10.03	Çalışanların katılımı ile yılda en az bir kez kırmızı kod tatbikatı yapılıyor mu? o Tatbikat senaryosu oluşturulmalıdır. o Tatbikatların video kayıtları bulunmalıdır. o Tatbikat raporu hazırlanmalıdır.						
KAD10.04	Tatbikat hedefleri belirlenmeli, başarılı bir tatbikat gerçekleştirilene kadar tekrar ediliyor mu?						
KAD10.05	Tatbikatlar ve gerçek müdahaleler sırasında belirlenen uygunsuzluklara yönelik gerekli iyileştirmeler yapılıyor mu?						
KAD10.06	Çalışanlara kırmızı kod ile ilgili eğitim veriliyor mu?						
KAD11	Kurum, yangınla ilgili yasal düzenlemelere uygun şekilde yapılandırılmalıdır.	50					
KAD11.01	Kurumun yangınla ilgili yasal düzenlemelere uyumu yetkili kuruluşlarca değerlendiriliyor mu?						
KAD11.02	Değerlendirme raporunda tespit edilen uygunsuzluklara yönelik iyileştirme çalışmaları yapılıyor mu?						
KAD12	Yangın söndürme sistemine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	50					
KAD12.01	Kurum kapasitesi ve kullanılacak yöntemin etkinliği göz önünde bulundurularak etkin bir yangın söndürme sistemi oluşturulmalı, alan veya birim bazında kullanılacak yöntemler tanımlanıyor mu?						
KAD12.02	Kullanılan merkezi söndürme sistemlerinin etkinliği düzenli aralıklarla kontrol ediliyor mu?						
KAD12.03	Kurum krokilerinde yangın söndürücüleri gösteren işaretlemeler bulunuyor mu?						
KAD12.04	Yangın söndürücüler sabitlenmiş bir şekilde bulunuyor mu?						



NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI MERKEZİ
ÖZ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
KY.FR.09	ARALIK 2023	0	0	28

DOKÜMAN BOYUT	STANDART	SKS PUANI	EYET	HAYIR	K (Karşılıyor) KK (Kısmen Karşılıyor) KM (Karşılmıyor)	ALINAN PUAN	AÇIKLAMA
KAD12.05	Alan veya birimin özelliklerine göre uygun yangın söndürücü kullanılıyor mu?						
KAD12.06	Yangın söndürme tüplerinin kontrolleri, genel bakımları ve toz değişimleri gerçekleştiriliyor mu?						
KAD12.07	Yangın dolabı içindeki ekipman çalışır durumda mı?						
KAD13	Bina çatılarında yangına karşı önlemler alınmalıdır.	50					
KAD13.01	Çatı giriş çıkışları kontrollü olarak sağlanıyor mu?						
KAD13.02	Çatılar belirli aralıklarda temizleniyor mu?						
KAD13.03	Bina çatılarında yangına sebebiyet verecek hiçbir malzeme ve ekipman bulunuyor mu?						
KAD13.04	Bina çatılarında bulunan elektrik aksamının yalıtımı yapılmış mı?						
İLGİLİ BÖLÜM TOPLAM PUANI:		KURUM ÖZ DEĞERLENDİRME PUANI:		KURUM SKS BÖLÜM PUANI :			
DENETLENEN BÖLÜM SORUMLULARI	İMZA	ÖZ DEĞERLENDİRME EKİBİ		İMZA			



NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
AĞIZ VE DIŞ SAĞLIĞI MERKEZİ
ÖZ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
KY.FR.09	ARALIK 2023	0	0	29

EĞİTİM YÖNETİMİ							Tarih:
DOKÜMAN BOYUT	STANDART	SKS PUANI	EVET	HAYIR	K (Karşılıyor) KK (Kısmen Karşılıyor) KM (Karşılmıyor)	ALINAN PUAN	AÇIKLAMA
KEY01	Kurumda hasta,hastayakını ve çalışanlara yönelik eğitim ihtiyaçları belirlenmelidir.	30					
KEY02	Çalışanların eğitim ihtiyaçları doğrultusunda eğitim planları oluşturulmalıdır.	30					
KEY02.01	Çalışanların güvenliğini ve sağlıklı çalışma ortamını sağlamaya yönelik eğitim ihtiyaçları belirleniyor mu?						
KEY02.02	Eğitim ihtiyaçları doğrultusunda eğitim planı oluşturulmalı, planda asgari aşağıdaki hususlar tanımlanıyor mu? o Eğitimin amaç ve hedefleri o Eğitimin ne zaman, kim tarafından ve kime verileceği o Eğitim yöntemi o Varsa eğitimin aşamaları (temel eğitim, ileri düzey eğitim, teorik ve pratik eğitimler gibi) o Eğitimin yeri o Eğitimin süresi o Eğitimin içeriğine ilişkin genel başlıklar o Eğitim için gerekli materyaller o Eğitim etkinliğini değerlendirme yöntemleri						
KEY02.03	Eğitim planında, sağlıklı çalışma ortamı ve SKS kapsamındaki gereklilikleri sağlamaya yönelik asgari aşağıdaki konulara yer veriliyor mu? o Stres yönetimi o Etkili iletişim o Mobbing o Kişisel koruyucu donanım kullanımı o Birim ve bölüm bazlı riskler ile risklere yönelik düzeltici ve iyileştirici faaliyetler o İş ekipmanlarının güvenli ve verimli kullanımı o İş güvenliği kapsamında ilgili mevzuatta belirlenen diğer eğitimler o SKS kapsamında ilgili bölümlerde belirtilen çalışana yönelik eğitimler						
KEY02.04	Plan dışında eğitim düzenlenmesi veya eğitim içerikleri, eğitim yöntemi gibi konularda değişiklik yapılması durumlarında plan güncelleniyor mu?						



NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
AĞIZ VE DIŞ SAĞLIĞI MERKEZİ
ÖZ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
KY.FR.09	ARALIK 2023	0	0	30

KEY02.05	Yapılan güncelleme geriye dönük izlenebilir mi?						
DOKÜMAN BOYUT	STANDART	SKS PUANI	EVET	HAYIR	K (Karşılıyor) KK (Kısmen Karşılıyor) KM (Karşılmıyor)	ALINAN PUAN	AÇIKLAMA
KEY03	Çalışanlara yönelik uyum eğitimleri düzenlenmelidir.	40					
KEY03.01	Göreve yeni başlayan her çalışana; genel uyum eğitimi ve bölüm uyum eğitimi veriliyor mu? o Genel ve bölüm uyum eğitimlerine ilişkin konular, kurumun türü, hizmet sunum alanları ve meslek grupları gibi özellikler göz önünde bulundurularak belirlenmelidir.						
KEY03.02	Genel uyum eğitimi sorumluları belirlenmiş mi?						
KEY03.03	Genel ve bölüm uyum eğitimleri için rehber hazırlanmış mı? o Rehber, kurumun belirlediği kurallar çerçevesinde meslek bazında hazırlanmalıdır.						
KEY03.04	Verilen eğitimler kayıt altına alınıyor mu ve personel dosyasında saklanıyor mu?						
KEY04	Çalışanlara yönelik hizmet içi eğitimler düzenlenmelidir.	30					
KEY04.01	Hizmet içi eğitim sorumluları belirlenmiş midir?						
KEY04.02	Eğitim konuları, hiyerarşik düzeye, meslek grubuna, bölümü özgü ve genel olarak kategorize ediliyor mu?						
KEY04.03	Eğitimler plan dahilinde uygulanıyor mu?						
KEY04.04	Personele, çalıştığı birim bazında SKS'ye ilişkin süreçleri kapsayacak şekilde eğitim veriliyor mu?						
KEY04.05	Verilen eğitimlere ilişkin kayıtlara personel dosyasından ulaşılabilir mi?						
KEY04.06	İlgili çalışanların, eğitim komitesince paylaşılması uygun görülen eğitim materyal dokümanına ulaşabilmesine yönelik düzenleme mevcut mu?						



NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI MERKEZİ
ÖZ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
KY.FR.09	ARALIK 2023	0	0	31

DOKÜMAN BOYUT	STANDART	SKS PUANI			K (Karşılıyor) KK (Kısmen Karşılıyor) KM (Karşılmıyor)	ALINAN PUAN	AÇIKLAMA
			EVET	HAYIR			
KEY05	Çalışanlara yönelik eğitimlerin etkinlik ve etkililiği değerlendirilmelidir.	30					
KEY05.01	Hizmet içi eğitimler ile uyum eğitimlerinin etkinlik ve etkililiği değerlendiriliyor mu? o Ön test-son test o Öz değerlendirmeler o Gözlemler o Kişilerle yapılan görüşmeler o Bölüm sorumluları ile yapılan değerlendirmeler o Anketler o Eğitime bağlı davranış değişikliğine yönelik ölçme yöntemleri (kabul görmüş ölçekler gibi)						
KEY06	Hasta ve hasta yakını eğitimlerine yönelik düzenleme bulunmalıdır.	50					
KEY06.01	Hasta ve hasta yakını eğitimlerine yönelik süreçler tanımlanıyor mu? o Eğitimlerin, hangi konularda, hangi hasta grubuna, hangi sıklıkla, kimler tarafından verileceği ve nasıl kayıt altına alınacağı tanımlanmalıdır.						
KEY06.02	Hasta ve hasta yakınlarına, tedavi ve taburculuk süreçlerine yönelik aşağıdaki eğitimler veriliyor mu? o Kullanılacak ilaçlar ve kullanım kuralları o Hastalığın seyri o Hasta düşmelerinin önlenmesi o Bakıma ilişkin dikkat edilecek hususlar o Hasta tarafından kullanılacak bakım ekipmanlarının kullanımı o El hijyeni ve beslenme o Kontrol için ilgili dış hekime ne zaman ve nasıl başvurulacağı o Taburculuk sonrası bakım						
KEY06.03	Hastalara verilen eğitimlere ilişkin kayıtlar tutuluyor mu?						

İLGİLİ BÖLÜM TOPLAM PUANI: KURUM ÖZ DEĞERLENDİRME PUANI: KURUM SKS BÖLÜM PUANI :

DENETLENEN BÖLÜM SORUMLULARI	İMZA	ÖZ DEĞERLENDİRME EKİBİ	İMZA



NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
AĞIZ VE DIŞ SAĞLIĞI MERKEZİ
ÖZ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
KY.FR.09	ARALIK 2023	0	0	32

--	--	--	--	--

SOSYAL SORUMLULUK							Tarih:
DOKÜMAN BOYUT	STANDART	SKS PUANI	EVET	HAYIR	K (Karşılıyor) KK (Kısmen Karşılıyor) KM (Karşılmıyor)	ALINAN PUAN	AÇIKLAMA
KSS01	Kurum, toplumun sağlık yapısı ve genel sağlık sorunlarını dikkate alarak sağlığın teşviki ve geliştirilmesi ile ilgili programlar düzenlemelidir.	30					
KSS01.01	Kurum hizmet verdiği bölgenin ve popülasyonun yapısı ve sağlık dokusundaki farklılıklar ile ulusal ve küresel sağlık sorunlarını araştırıyor mu? o Nüfus, yaş, cinsiyet, eğitim durumu gibi demografik veriler o Morbidite ve epidemiyolojik verileri içeren sağlık istatistikleri o Giyim, yemek, kültürel ve fiziksel aktivite alışkanlıkları o Sosyal ve kültürel yapı						
KSS01.02	Hedef popülasyona yönelik sağlığın teşviki ve geliştirilmesi kapsamında en az iki program uygulanıyor mu? o Sigara ile mücadele o Toplumun dış sağlığı ile ilgili farkındalık ve bilgi düzeyinin artırılması o Çocukluk çağı ağız, diş hastalıkları ve bakımı konulu halk eğitimleri o Kronik hastalıklarla mücadele için geliştirilen eğitici ve önleyici faaliyetler o Sağlıklı yaşam için sağlıklı beslenme o Sağlıklı yaşam için genç nüfusun spor faaliyetleri ile ilgili teşvik edilmesi o Anne sütü ile beslenmenin teşviki o Gebe hastalara yönelik eğitim faaliyetleri o Toplum sağlığını tehdit eden bölgesel etkenlerle mücadele kapsamında yerel yönetimlerle iş birliği o Ağız kanserlerine yönelik erken teşhis, tespit ve bilgilendirme o Yaşlı ve engelli hastaların ağız ve diş sağlığı uygulamaları o Kemoterapi ve radyoterapi alan hastaların ağız ve diş sağlığı uygulamaları						



NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI MERKEZİ
ÖZ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
KY.FR.09	ARALIK 2023	0	0	33

DOKÜMAN BOYUT	STANDART	SKS PUANI	EYET	HAYIR	K (Karşılıyor) KK (Kısmen Karşılıyor) KM (Karşılmıyor)	ALINAN PUAN	AÇIKLAMA
KSS02	Sosyal sorumluluk çerçevesinde uygulanan program sonuçları, kurum tarafından değerlendirilerek uygulamanın etkililiği ve planlanan hedeflere ulaşma derecesi belirlenmelidir.	30					
KSS02.01	Program sonuçları kurum tarafından değerlendirilip, uygulamanın etkililiği ve planlanan hedeflere ulaşılma derecesi belirleniyor mu? o Değerlendirme sonuçlarına göre program faaliyetlerinde gerekli iyileştirmeler yapılmalıdır.						

İLGİLİ BÖLÜM TOPLAM PUANI: KURUM ÖZ DEĞERLENDİRME PUANI: KURUM SKS BÖLÜM PUANI :

DENETLENEN BÖLÜM SORUMLULARI	İMZA	ÖZ DEĞERLENDİRME EKİBİ	İMZA



NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
AĞIZ VE DIŞ SAĞLIĞI MERKEZİ
ÖZ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
KY.FR.09	ARALIK 2023	0	0	34

HASTA VE ÇALIŞAN ODAKLI HİZMETLER							
HASTA DENEYİMİ							Tarih:
DOKÜMAN BOYUT	STANDART	SKS PUANI	EVET	HAYIR	K (Karşılıyor) KK (Kısmen Karşılıyor) KM (Karşılmıyor)	ALINAN PUAN	AÇIKLAMA
HHD01	Hasta ve hasta yakını, sağlık hizmeti sunum süreçleri hakkında bilgilendirilmelidir.	50					
HHD01.01	Ayaktan ve yatan hastalarda bilgilendirme süreci ve sürece ilişkin kurallar belirleniyor mu?						
HHD01.02	Hasta ve hasta yakını, hastanın genel durumu, teşhis, tedavi süreci, bakım uygulamalarının seyri, yapılması planlanan her türlü tıbbi müdahale ve takip süreci hakkında bilgilendiriliyor mu?						
HHD01.03	Hasta ve hasta yakınlarına; hastanın kullanacağı ilaçlar, tedavi ve takip sürecinde dikkat edeceği hususlar, gerektiğinde bilgi almak için iletişime geçeceği sağlık personeli ve gerekli görülen tüm diğer konularda bilgilendirme yapılıyor mu?						
HHD01.04	Ayaktan ve yatan hastalarda hasta ve hasta yakınının, hasta hakları ve sorumlulukları hakkında nasıl bilgilendirileceği tanımlanıp, tanımlama doğrultusunda uygulama gerçekleştiriliyor mu?						
HHD01.05	Hasta güvenliğini olumsuz etkileyen istenmeyen olayların meydana gelmesi durumunda, hasta veya hasta yakınının nasıl bilgilendirileceği tanımlanıyor mu?						
HHD02	Hastanın bakım sürecine katılımı sağlanmalıdır.	50					
HHD02.01	Tanı, tedavi ve taburculuk sonrası süreçlerdeki tüm karar alma aşamalarına hasta ve yakınlarının katılımı sağlanıyor mu?						
HHD02.02	Hastaların, bakım sürecinde kültürel ve manevi değerleriyle çatışmadan hizmet alması sağlanıyor mu?						
HHD02.03	Hastanın, sosyokültürel özellikleri nedeniyle gündeme getirdiği tıbbi uygulamalara ve mahremiyete ilişkin farklı algı ve beklentileri değerlendiriliyor mu?						



NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
AĞIZ VE DIŞ SAĞLIĞI MERKEZİ
ÖZ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
KY.FR.09	ARALIK 2023	0	0	35

DOKÜMAN BOYUT	STANDART	SKS PUANI			K (Karşılıyor) KK (Kısmen Karşılıyor) KM (Karşılmıyor)	ALINAN PUAN	AÇIKLAMA
			EVET	HAYIR			
HHD03	Hasta hakları uygulamalarına yönelik süreçler etkin şekilde yönetilmelidir.	30					
HHD03.01	Hasta hakları uygulamalarından sorumlu bir birim bulunuyor mu?						
HHD03.02	Birim çalışmalarına yönelik sorumlu veya sorumlular belirlenip, sorumluluklar tanımlanıyor mu?						
HHD03.03	Hastaların birime kolaylıkla başvuru yapabilmelerine yönelik düzenleme (birime doğrudan başvuru, internet veya görüş, öneri ve şikayet kutuları aracılığı ile başvuru vb.) yapılıyor mu?						
HHD03.04	Birime yapılan başvuruların ve hasta hakları kapsamındaki şikayetlerin değerlendirilmesi, incelenmesi, zamanında ve adil bir şekilde sonuçlandırılarak gerekli iyileştirmelerin yapılması sağlanıyor mu?						
HHD04	Hasta ve yakınlarının kurum bünyesinde sağlık hizmet süreçlerine yönelik görüş, öneri ve şikayetleri alınmalı ve değerlendirilmelidir.	30					
HHD04.01	Sağlık hizmeti sunulan tüm bölümlerde hasta ve yakınlarının görüş, öneri ve şikayetlerini bildirmelerine yönelik düzenlemeler yapılıyor mu? o Hastalar görüş, öneri ve şikayetlerine ilişkin internet üzerinden bildirim yapabilmelidir.						
HHD04.02	Hasta ve hasta yakınları; kendilerine sunulan hizmetler, hizmet süreçlerinde karşılaştıkları sorunlar veya kurum ve personel ile ilgili görüş, öneri ve şikayetlerini iletebilecekleri konusunda bilgilendiriliyor mu?						



NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
AĞIZ VE DIŞ SAĞLIĞI MERKEZİ
ÖZ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
KY.FR.09	ARALIK 2023	0	0	36

DOKÜMAN BOYUT	STANDART	SKS PUANI	EVET	HAYIR	K (Karşılıyor) KK (Kısmen Karşılıyor) KM (Karşılmıyor)	ALINAN PUAN	AÇIKLAMA
HHD04.03	Hasta ve yakınlarının görüş, öneri ve şikayetleri değerlendiriliyor mu? o Hasta ve yakınlarına ait görüş ve öneriler ile hasta hakları kapsamı dışında kalan şikayetler kalite yönetim birimi tarafından değerlendirilmelidir. o Hasta hakları kapsamına giren şikayetler hasta hakları uygulamalarından sorumlu birim tarafından değerlendirilmelidir. o Görüş, öneri ve şikayetler düzenli aralıklarla değerlendirilmelidir. o Öncelikli olarak müdahale edilmesi gereken geri bildirimler en kısa zamanda ele alınmalıdır. o Veri analizleri ile ulaşılan bulgular üst yönetim ve ilgili birimler ile paylaşılmalıdır. o Elde edilen bulgular neticesinde hangi iyileştirmelerin gerekli olduğu tespit edilmeli ve önem düzeylerine göre bu iyileştirmelerin nasıl gerçekleştirileceği planlanmalıdır. o Görüş, öneri ve şikayeti bulunan hasta veya yakınına gerektiğinde geri bildirimde bulunulmalıdır.						
HHD05	Hasta deneyimi anketleri uygulanmalıdır.	50					
HHD05.01	Hasta deneyimi anketi asgari Bakanlık tarafından yayınlanan anket sorularını içeriyor mu? o Anketler Bakanlık tarafından belirlenen kurallar çerçevesinde uygulanmalıdır.						
HHD05.02	Anket sonuçları değerlendirilip ve gerekli iyileştirme çalışmaları başlatılıyor mu?						
HHD06	Tanı ve tedaviye yönelik işlemler öncesinde hasta rızası alınmalıdır.	50					
HHD06.01	İşlem öncesi hasta bilgilendirilip rızası alınıyor mu?						
HHD06.02	Yatarak tedavi edilmek üzere kuruma kabul edilen veya ayaktan ilk kez başvuran hasta, tanı ve tedavi sürecinde gerçekleştirilebilecek işlemler hakkında genel olarak bilgilendirilerek rızası alınıyor mu?						



NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI MERKEZİ
ÖZ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
KY.FR.09	ARALIK 2023	0	0	37

DOKÜMAN BOYUT	STANDART	SKS PUANI			K (Karşılıyor) KK (Kısmen Karşılıyor) KM (Karşılmıyor)	ALINAN PUAN	AÇIKLAMA
			EVET	HAYIR			
HHD06.03	Cerrahi veya girişimsel işlemler, orta ve derin sedasyon dahil olmak üzere anestezi altında gerçekleştirilen işlemler ile diğer yüksek riskli işlemler öncesinde hasta bilgilendirilip işleme özel rızası alınıyor mu? Hastanın işleme özel olarak bilgilendirilmesine yönelik oluşturulan rıza belgesinde asgari aşağıdaki bilgiler yer almalıdır: o İşlemden beklenen faydalar o İşlemin uygulanmaması durumunda karşılaşılabilecek sonuçlar o Varsa işlemin alternatifleri o İşlemin riskleri, komplikasyonları o İşlemin tahmini süresi o Kullanılacak ilaçların muhtemel istenmeyen etkileri ve dikkat edilecek hususlar o Hastanın işlem öncesi ve sonrası dikkat etmesi gereken hususlar ile dikkat edilmemesi durumunda yaşanabilecek sorunlar o İşlemi uygulayacak kişinin adı, soyadı, unvanı, imzası ve tarih bilgisi o Hastanın adı, soyadı, imzası ve tarih bilgisi						
HHD06.04	Çocuk hastalar, zihinsel engelli hastalar, bilinci açık olmayan hastalar gibi tanı ve tedaviye yönelik karar verme yetisine sahip olmayan hastalara yönelik bilgilendirme ve rıza süreçleri tanımlanıyor mu?						
HHD06.05	Engellilerin engel durumuna uygun bilgilendirme yapılmasına ve rıza alınmasına yönelik gerekli düzenleme yapılıyor mu?						
HHD07	Tüm sağlık hizmeti süreçlerinde hastanın mahremiyeti sağlanmalıdır.	50					



NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
AĞIZ VE DIŞ SAĞLIĞI MERKEZİ
ÖZ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
KY.FR.09	ARALIK 2023	0	0	38

DOKÜMAN BOYUT	STANDART	SKS PUANI	EVET	HAYIR	K (Karşılıyor) KK (Kısmen Karşılıyor) KM (Karşılmıyor)	ALINAN PUAN	AÇIKLAMA
HHD07.01	Muayene, teşhis ve tedavi süreçlerinde hastanın fiziksel mahremiyeti sağlanıyor mu? o Her türlü sağlık hizmeti sırasında, ilgili sağlık çalışanı ve hasta yakını (hastanın onayı dahilinde) dışındaki kişilerin ortamda bulunması engellenmelidir. o Hasta yatakları arasında hasta mahremiyetini sağlamaya yönelik perde, paravan gibi araçlar kullanılmalıdır. o Çoklu muayene ve tedavi alanlarında yer alan dış ünitleri, tavana kadar kullanılan malzeme (alçıpan, dayanıklı cam vb.) ile ayrılmalıdır.						
HHD07.02	Hastanın bilgi mahremiyetini sağlamaya yönelik düzenleme yapılıyor mu? o Bilgi mahremiyeti, hastanın psikolojik, ekonomik ve sosyokültürel durumuna yönelik hususları da kapsamalıdır. o Hastaya yönelik tıbbi değerlendirmeler ve yapılan uygulamalara ait bilgilerin gizliliği sağlanmalıdır. o Teşhis ve tedavi süreçleriyle ilgili bilgi ve belgelerin, hasta dışında kimlerle ve hangi koşullarda paylaşılacağı belirlenmelidir. o Hasta ve hasta yakınlarının bilgilendirilmesi sırasında hasta mahremiyeti sağlanmalıdır. o Sağlık çalışanları arasındaki tıbbi bilgi akışı sırasında hasta mahremiyetine özen gösterilmelidir.						
HHD07.03	Tüm kurum çalışanlarına hasta mahremiyeti konusunda eğitim veriliyor mu?						
HHD08	Hastaların hekim seçme hakkına yönelik uygulama etkin olarak yürütülmelidir.	20					
HHD08.01	Hastanın hekimini seçme hakkı güvence altına alınacak şekilde süreçler tanımlanıyor mu?						
HHD08.02	Kurumda görev yapan hekimler ve ihtisas alanları tanıtılıyor mu?						
HHD09	Araştırma ve deneysel çalışmalara katılım veya herhangi bir sebeple hastaya ait veri, bilgi ve materyallerin kullanımı durumunda hasta rızası alınmalı hastanın mahremiyetine özen gösterilmelidir.	30					
HHD10	Hastanın bakım süreci ile ilgili tıbbi kayıtlara erişebilmesi sağlanmalıdır.	20					



NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI MERKEZİ
ÖZ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
KY.FR.09	ARALIK 2023	0	0	39

DOKÜMAN BOYUT	STANDART	SKS PUANI	EVET	HAYIR	K (Karşılıyor) KK (Kısmen Karşılıyor) KM (Karşılmıyor)	ALINAN PUAN	AÇIKLAMA
HHD10.01	Hasta, bakım süreci ile ilgili tıbbi kayıtları inceleyebilmeli, istediğinde ilgili belgelerin (yapılan işlemler, tahliller veya kendisine ait özel bilgiler vb.) kopyasına ulaşabiliyor mu?						
HHD10.02	Tıbbi kayıtların, hangi durumlarda hasta ve yakını ile paylaşılacağı belirlenmiş mi?						
HHD11	Hasta ziyaretlerine ilişkin planlama yapılmalıdır.	30					
HHD11.01	Ziyaretçilerin uyması gereken kurallar belirlenmiş mi?						
HHD11.02	Özellikli hasta gruplarının bulunduğu bölümlerde, hasta ziyaretlerine ilişkin özel düzenlemeler belirlenmiş mi?						
HHD12	Hasta refakatçilerine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	20					
HHD12.01	Refakatçi politikası belirlenmiş midir?						
HHD12.02	Özellikle hasta guruplarının bulunduğu bölümlerde, refakatçi uygulamasına ilişkin özel düzenlemeler belirlenmiş midir?						
HHD13	Genel anestezi altında müdahale gereken hastaların, sunulan hizmeti reddetmesi durumunda izlenecek yol belirlenmelidir.	20					
HHD13.01	Hizmete yönelik reddin geçerli olarak kabul edilebilmesine ilişkin koşullar tanımlanıyor mu? o Hizmete yönelik reddin geçerli kabul edilebilmesi için asgari aşağıdaki koşulların sağlanması gereklidir: * Etki altında kalmadan kendi isteği ile karar verme durumu * Kişinin hizmet almama durumunda yaşayacağı olası sonuçlar hakkında bilgilendirilmesi * Reddin sunulacak hizmet ile doğrudan ilişkili olması * Kişinin verdiği kararın sonuçlarını değerlendirebilecek kapasite ve bilinç düzeyine sahip olması						
HHD13.02	Reddin geçerliliğine ilişkin koşulların sağlanmadığı hallerde, hastanın yasal vekilinin yazılı onayı varsa hizmet sunumu gerçekleştiriliyor mu?						



NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
AĞIZ VE DIŞ SAĞLIĞI MERKEZİ
ÖZ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
KY.FR.09	ARALIK 2023	0	0	40

HHD13.03	Hizmetin reddedilmesi durumunda asgari aşağıdaki hususlar kayıt altına alınıyor mu? o Reddin sebebi o Reddin geçerliliğine ilişkin koşulların sağlanma durumu o Hastanın veya yasal vekilinin redde ilişkin yazılı beyanı						
----------	--	--	--	--	--	--	--

İLGİLİ BÖLÜM TOPLAM PUANI: KURUM ÖZ DEĞERLENDİRME PUANI: KURUM SKS BÖLÜM PUANI :

DENETLENEN BÖLÜM SORUMLULARI	İMZA	ÖZ DEĞERLENDİRME EKİBİ	İMZA

HİZMETE ERİŞİM							Tarih:
DOKÜMAN BOYUT	STANDART	SKS PUANI	EVET	HAYIR	K (Karşılıyor) KK (Kısmen Karşılıyor) KM (Karşılmıyor)	ALINAN PUAN	AÇIKLAMA
HHE01	Hastaların hizmete erişimini kolaylaştırmak üzere kurumda karşılama, danışma ve yönlendirme hizmeti verilmelidir.	30					
HHE01.01	Karşılama, danışma ve yönlendirme hizmeti sunan birim bulunuyor mu?						
HHE01.02	Birimde sunulan hizmetlere erişimi kolaylaştırmaya yönelik gerekli ekipman (kurum bilgi rehberi, tanıtıcı broşür, telefon, bilgisayar, kurum içi telefon rehberi gibi) bulunuyor mu?						
HHE01.03	Bu birimde çalışanların kıyafetleri, kurumda çalışan diğer çalışanlardan ayırt edici şekilde farklı mı?						
HHE01.04	Birimde çalışanlara yılda en az bir kez hizmet sunum süreçlerine ilişkin eğitim veriliyor mu?						
HHE02	Hasta kayıt işlemlerinin etkin ve doğru şekilde yapılabilmesi için gerekli düzenlemeler bulunmalıdır.	20					
HHE02.01	Hasta kayıt işlemlerinin yapıldığı bir birim var mı?						
HHE02.02	Birimde, ilgili bölümlerde hizmet veren hekimlerin listesini güncel olarak bulunuyor mu?						
HHE02.03	Bu birimde çalışanlara da hizmet sunum süreçlerine ilişkin yılda en az bir kez eğitim veriliyor mu?						



NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
AĞIZ VE DIŞ SAĞLIĞI MERKEZİ
ÖZ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
KY.FR.09	ARALIK 2023	0	0	41

DOKÜMAN BOYUT	STANDART	SKS PUANI	EKET	HAYIR	K (Karşılıyor) KK (Kısmen Karşılıyor) KM (Karşılmıyor)	ALINAN PUAN	AÇIKLAMA
HHE03	Hastaların poliklinik sürecinde bekleme sürelerinin minimuma indirilmesine yönelik gerekli tedbirler alınmalıdır.	30					
HHE03.01	Hastaların muayene olacağı zaman aralığı belirlenmiş midir?						
HHE03.02	Hasta ne kadar bekleyeceği ve muayene zaman aralığı konusunda önceden bilgilendiriliyor mu?						
HHE04	Teşhis ve tedavi amaçlı randevu verme süreçlerine ilişkin düzenleme bulunmalıdır.	30					
HHE04.01	Randevu verme süreleri kurum tarafından belirlenmiş midir?						
HHE04.02	Hasta ve/veya yakınları randevu süreleri hakkında bilgilendirilmiş midir?						
HHE04.03	Randevu verme süreçleri ile ilgili gecikmeler takip ediliyor mu? Gecikmelerle ilgili aylık istatistiksel analizler yapılıp, gerektiğinde düzeltici önleyici faaliyet başlatılıyor mu?						
HHE05	Yaşlı ve engelli kişilerin sağlık hizmetine erişimlerini kolaylaştırmaya yönelik düzenlemeler bulunmalıdır.	30					
HHE05.01	Yaşlı ve engelli kişilerin öncelikli kayıt yaptırımları sağlanıyor mu?						
HHE05.02	Yaşlı ve engelli kişilerin poliklinik alanlarında öncelikli oturabilmelerine yönelik düzenleme yapılmalıdır.						
HHE05.03	Yaşlı ve engelli kişilerin muayene, tanı ve tedavi işlemlerinde öncelikli olmaları sağlanıyor mu?						

İLGİLİ BÖLÜM TOPLAM PUANI: KURUM ÖZ DEĞERLENDİRME PUANI: KURUM SKS BÖLÜM PUANI :

DENETLENEN BÖLÜM SORUMLULARI	İMZA	ÖZ DEĞERLENDİRME EKİBİ	İMZA



NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
AĞIZ VE DIŞ SAĞLIĞI MERKEZİ
ÖZ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
KY.FR.09	ARALIK 2023	0	0	42

SAĞLIKLI ÇALIŞMA YAŞAMI							Tarih:
DOKÜMAN BOYUT	STANDART	SKS PUANI	EVET	HAYIR	K (Karşılıyor) KK (Kısmen Karşılıyor) KM (Karşılmıyor)	ALINAN PUAN	AÇIKLAMA
HSÇ01	İnsan kaynaklarının yönetimine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	30					
HSÇ01.01	Yönetim yapısının diğer yönetim kademeleri ile ilişkisi tanımlanmış mıdır?						
HSÇ01.02	Yönetim yapısı içinde yer alanların görev, yetki ve sorumlulukları ile bu görevlerde çalışacakların hangi nitelikleresahip olmaları gerektiği tanımlanmış mıdır?						
HSÇ02	Kurumun insan kaynakları ihtiyaçları doğrultusunda, personel temin planı oluşturulmalıdır.	10					
HSÇ02.01	Bölüm ve süreçler bazında iş tanımları yapılarak personel ihtiyacı düzenli aralıklarla takip ediliyor mu?						
HSÇ02.02	Personel temin planında, farklı disiplinler ve meslek grupları göz önünde bulundurularak ihtiyaç duyulan personel sayısına ve niteliğine (eğitim, bilgi, beceri gibi) yer veriliyor mu?						
HSÇ02.03	İşe başvuru ve işe alım süreçlerinde talep edilecek olan bilgi ve belgeler ile değerlendirme ve onay süreçlerine ilişkin baskılar belirlenmiş midir?						
HSÇ03	Personel istihdamına yönelik süreçler tanımlanmalıdır.	20					
HSÇ03.01	İhtiyaç duyulan birimlerde önceden tanımlanan işler için istihdam edilmesi planlanan personelin nasıl ve ne şekilde temin edileceği belirlenmiş midir?						
HSÇ03.02	İşe alım süreçleri ile ilgili ilkeler ve süreçler ilan ediliyor mu?						
HSÇ03.03	Personel, kurum ihtiyaçları ve personelin yetkinlikleri dikkate alınarak mı ilgili birimlerde istihdam ediliyor?						
HSÇ03.04	Kurumda gerçekleştirilen her türlü faaliyet, ülke sağlık politikaları ile diğer yasal düzenlemeler çerçevesinde yetkilendirilmiş kişiler tarafından mı sunuluyor?						
HSÇ04	Çalışanlara yönelik performans kriterleri belirlenmelidir.	40					
HSÇ04.01	Performans kriterleri belirlenirken, çalışanlara yönelik hazırlanan iş tanımları dikkate alınıp, hizmet sunum alanları, meslek grupları gibi faktörler göz önünde bulunduruluyor mu?						



NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
AĞIZ VE DIŞ SAĞLIĞI MERKEZİ
ÖZ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
KY.FR.09	ARALIK 2023	0	0	43

DOKÜMAN BOYUT	STANDART	SKS PUANI			K (Karşılıyor) KK (Kısmen Karşılıyor) KM (Karşılmıyor)	ALINAN PUAN	AÇIKLAMA
			EVET	HAYIR			
HSÇ04.02	Çalışanlar performans kriterleri hakkında bilgilendiriliyor mu?						
HSÇ04.03	Kurum tarafından belirlenen performans kriterleri esas alınarak çalışan performansına yönelik ölçümler yapılıyor mu?						
HSÇ04.04	Çalışan performansını artırmak için hizmetin aksamasına yol açmayacak şekilde eğitimler veriliyor mu?						
HSÇ05	Sağlıklı bir çalışma yaşamının sağlanmasına yönelik yıllık hedefler belirlenmelidir.	40					
HSÇ05.01	Hedefler üst yönetim, bölüm yöneticilerinin ve bölüm kalite sorumlularının katılımıyla mı belirleniyor?						
HSÇ05.02	Belirlenen hedeflere ulaşılması için gerçekleştirilecek faaliyetler ile bütçe, zaman ve fiziki koşullar gibi gereklilikler belirlenmiş midir?						
HSÇ05.03	Hedeflere ilişkin üst yönetim, bölüm yöneticileri ve bölüm kalite sorumlularının katılımıyla yılda en az bir kez değerlendirme yapılıyor mu?						
HSÇ06	Çalışanların sağlığını ve güvenliğini tehdit eden risklere yönelik düzenleme bulunmalıdır.	50					
HSÇ06.01	Kurum ve bölüm bazında risk değerlendirilmesi yapılıyor mu? (fiziksel, kimyasal, biyolojik, ergonomik ve psikososyal riskler)						
HSÇ06.02	Kurum ve bölüm bazında risk doğuran unsurların ortadan kaldırılmasına ya da önlenmesine yönelik kalite iyileştirme faaliyetleri planlanıp uygulanıyor mu?						
HSÇ06.03	Çalışanların güvenliğini tehdit eden istenmeyen olayların bildirimlerinin yapılması sağlanıyor mu?						
HSÇ06.04	Çalışanlara istenmeyen olaylar sonucu yaşanan tıbbi ve psikolojik sorunlara yönelik destek hizmeti veriliyor mu?						
HSÇ06.05	Çalışanlara yönelik şiddet riski veya girişi varlığında, olaya en kısa sürede müdahalenin yapılmasına yönelik düzenleme bulunuyor mu?						
HSÇ07	Çalışanların sağlık taramaları yapılmalıdır.	50					
HSÇ07.01	Çalışanların sağlık taramalarına ilişkin program var mı?						
HSÇ07.02	Sağlık taramaları sonuçları ilgili uzmanlar tarafından değerlendiriliyor mu?						



NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
AĞIZ VE DIŞ SAĞLIĞI MERKEZİ
ÖZ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
KY.FR.09	ARALIK 2023	0	0	44

DOKÜMAN BOYUT	STANDART	SKS PUANI			K (Karşılıyor) KK (Kısmen Karşılıyor) KM (Karşılmıyor)	ALINAN PUAN	AÇIKLAMA
			EVET	HAYIR			
HSÇ07.03	Sağlık tarama sonuçlarına ilişkin bilgi güvenliği sağlanıyor mu?						
HSÇ07.04	Sağlık tarama sonuçlarında olumsuzluk tespit edilen çalışanlar için gerekli tedavi ve bakım olanakları sağlanıyor mu?						
HSÇ08	Çalışanlar tarafından kişisel koruyucu ekipman kullanılmalıdır.	50					
HSÇ08.01	Bölüm bazında kullanılması gereken koruyucu ekipmanlar belirlenmiş midir?						
HSÇ08.02	Kişisel koruyucu ekipman çalışma alanlarında ulaşılabilir olmalı ve ekipmanın kullanılmasını sağlamaya yönelik tedbirler alınmış mı?						
HSÇ08.03	Kişisel koruyucu ekipmanlar konusunda personelin eğitimi var mı?						
HSÇ09	Çalışma ortamlarının ve çalışma yaşamının geliştirilmesi için gerekli fiziki ve sosyal imkanlar sağlanmalı, çalışanın iş yaşamı ile ilgili bireysel ihtiyaçları karşılanmalıdır.	40					
HSÇ09.01	Çalışanların beklentileri de dikkate alınarak, fiziksel koşullar, kullanılan malzeme ve cihazlar ile çalışma süreçleri hakkında iyileştirme çalışmaları yapılıyor mu? Çalışanlar için dinlenme alanları bulunuyor mu? Çalışanlar için giyinme alanları ve kişisel eşyalarını muhafaza edebilecekleri kilitli dolapları bulunuyor mu?						
HSÇ09.02	Çalışanların; dini inançlarına yönelik ihtiyaçları karşılanıyor mu?						
HSÇ09.03	Çalışanlar için okuma ve spor alanları, kreş ve çocuk kulübü, bireysel gelişim eğitimleri, kurum çalışanları için düzenlenecek iş dışı etkinlikler gibi çalışma yaşamını iyileştirecek faaliyetler yapılıyor mu?						
HSÇ10	Personelin sağlık durumu ve ihtiyaçlarına yönelik düzenleme yapılmalıdır.	30					
HSÇ10.01	Engelli ve kronik hastalığı olan personelin ihtiyacına yönelik düzenlemeler (ulaşım, diyet, uygun çalışma ortamı gibi) yapılmalıdır.						
HSÇ11	Çalışanların görüş, öneri, şikayetleri alınmalı ve değerlendirilmelidir.	30					
HSÇ11.01	Çalışanların görüş, öneri ve şikayetlerine yönelik düzenleme yapılmış mıdır?						



NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI MERKEZİ
ÖZ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
KY.FR.09	ARALIK 2023	0	0	45

DOKÜMAN BOYUT	STANDART	SKS PUANI	EVET	HAYIR	K (Karşılıyor) KK (Kısmen Karşılıyor) KM (Karşılmıyor)	ALINAN PUAN	AÇIKLAMA
HSÇ11.02	Çalışanlar; kendilerine sunulan hizmetler, hizmet sürecinde karşılaştıkları sorunlara ya da kurum ve personel ile ilgili görüş, öneri ve şikayetlerini iletebilecekleri konusunda bilgilendirilmiş midir?						
HSÇ11.03	Çalışanların görüş, öneri ve şikayetleri değerlendiriliyor mu? o Değerlendirmelerde kalite yönetim sorumlusu, çalışan güvenliği komitesinden bir temsilci ve üst yönetimden bir kişi yer almalıdır. o Görüş, öneri ve şikayetler, düzenli aralıklarla değerlendirilmelidir. o Öncelikli olarak müdahale edilmesi gereken geri bildirimler en kısa sürede ele alınmalıdır. o Veri analizleri ile ulaşılan bulgular üst yönetim ve ilgili birimler ile paylaşılmalıdır. o Elde edilen bulgular neticesinde hangi iyileştirmelerin gerekli olduğu tespit edilmeli ve önem düzeylerine göre bu iyileştirmelerin nasıl gerçekleştirileceği planlanmalıdır. o Gerektiğinde görüş, öneri ve şikayeti bulunan çalışana geri bildirimde bulunulmalıdır.						
HSÇ12	Çalışan geri bildirim anketleri uygulanmalıdır.	30					
HSÇ12.01	Çalışan geri bildirim anketi asgari, Bakanlık tarafından yayınlanan anket sorularını içeriyor mu? o Anketler Bakanlık tarafından belirlenen kurallar çerçevesinde uygulanmalıdır.						
HSÇ12.02	Anket sonuçları değerlendirilmeli ve gerekli iyileştirme çalışmaları başlatılıyor mu? o Üst yönetimin, sonuçların değerlendirilmesi ve iyileştirme sürecine katılımı sağlanmalıdır.						

İLGİLİ BÖLÜM TOPLAM PUANI: KURUM ÖZ DEĞERLENDİRME PUANI: KURUM SKS BÖLÜM PUANI :

DENETLENEN BÖLÜM SORUMLULARI	İMZA	ÖZ DEĞERLENDİRME EKİBİ	İMZA



NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
AĞIZ VE DIŞ SAĞLIĞI MERKEZİ
ÖZ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
KY.FR.09	ARALIK 2023	0	0	46

SAĞLIK HİZMETLERİ

HASTA BAKIMI

Tarih:

DOKÜMAN BOYUT	STANDART	SKS PUANI			K (Karşılıyor) KK (Kısmen Karşılıyor) KM (Karşılmıyor)	ALINAN PUAN	AÇIKLAMA
			EVET	HAYIR			
SHB01	Hasta bakımına ilişkin süreçler ayaktan ve yatan hastaları kapsayacak şekilde tanımlanmalıdır.	30					
SHB01.01	Hasta bakımına ilişkin süreçler asgari aşağıdaki konuları kapsayacak şekilde tanımlanıyor mu? o Hastanın bakım ihtiyaçlarının ne şekilde, ne zaman ve kimler tarafından değerlendirileceği o Değerlendirme sonrasında bakımın planlanması o Planlanan bakımın hastaya uygulanması o Bakımın sonuçlarının anlaşılabilmesi için hastanın izlenmesi o Gerektiğinde bakım planında değişiklikler yapılması o Bakım sürecinde hastanın güvenliğinin sağlanması o Hastanın bakım sürecine katılımının sağlanması						
SHB02	Ayaktan hastaların klinik durumlarını gösteren ve dış hekimi tarafından tespit edilen bulgular, ön tanı, tanı, tedavi ve koruyucu hizmetlere yönelik plan, kurum tarafından belirlenen format ve içerikte kayıt altına alınmalıdır.	30					
SHB03	Yatan hastaların bakım ihtiyaçları bütüncül bir yaklaşımla değerlendirilmelidir.	40					
SHB03.01	Yatan hastaların klinik durumları ve bakım ihtiyaçları, fizik muayene ve öykü dahil, fiziksel, psikolojik ve sosyal faktörleri kapsayacak şekilde ilgili sağlık çalışanları tarafından değerlendirilmeli ve eş zamanlı olarak kayıt altına alınıyor mu?						
SHB03.02	Bölüme özgü olarak, yatan hastaları bakım sürecinin istenmeyen sonuçlarından korumak için klinik risk değerlendirmeleri yapılıyor mu?						
SHB04	Bakım ihtiyaçları doğrultusunda yatan hastalara yönelik bakım planı düzenlenmelidir.	50					



NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
AĞIZ VE DIŞ SAĞLIĞI MERKEZİ
ÖZ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
KY.FR.09	ARALIK 2023	0	0	47

SHB04.01	Bakım planı, hastanın bakım ihtiyaçları dikkate alınarak yatışından itibaren en geç 8 saat içinde hazırlanıyor mu?	SKS PUANI	EVET	HAYIR	K (Karşılıyor) KK (Kısmen Karşılıyor) KM (Karşılmıyor)	ALINAN PUAN	AÇIKLAMA
SHB04.02	Bakım planı hastaya hizmet veren ilgili disiplinler tarafından koordineli olarak hazırlanmalı ve planın aynı alanda izlenebilmesi sağlanıyor mu?						
SHB04.03	Bakım planında, asgari aşağıdaki bilgiler yer alıyor mu? o Hastanın bakım ihtiyaçları o Bakım ihtiyaçlarına yönelik hedefler o Bakım ihtiyaçlarına yönelik uygulamalar o Uygulama sonuçlarının değerlendirilmesi						
SHB04.04	Hasta bakım planlarında uluslararası ortak terminoloji (ICD 10, NANDA, NIC, NOC vb.) kullanılıyor mu?						
SHB04.05	Hastanın bakımı sırasında meydana gelen tüm değişiklikler ve gelişmeler bakım planına eş zamanlı olarak yansıtılıyor mu? o Bakım planında yapılan tüm güncellemeler ilgili sağlık çalışanları tarafından izlenebilir olmalıdır.						
SHB05	Özellikli hasta grupları tanımlanmalı, bu gruplara özgü hizmet sunumu ve klinik bakım uygulamalarına yönelik süreçler belirlenmelidir.	30					
SHB05.01	Kurum özellikli hasta gruplarını belirliyor mu?						
SHB05.02	Özellikli hasta gruplarına yönelik tanımlanan süreçler asgari aşağıdaki konuları kapsıyor mu? o Hizmet sunum süreçleri o Disiplinlerarası işbirliği o Hizmet verilecek ortam şartları o Gerekli ekipman o Özel bakım uygulamaları ve işlemler						
SHB05.03	Özellikli hasta gruplarına özgü süreçlerin tanımlanmasında, varsa ulusal ve uluslararası geçerliliği olan değerlendirme ve klinik bakım klavuzlarından yararlanılıyor mu?						
SHB06	Yatan hastalarda ağrının değerlendirilmesine yönelik düzenleme bulunmalıdır.	40					
SHB06.01	Hastanın ağrı durumu, ulusal veya uluslararası kabul görmüş ağrı değerlendirme ölçekleri kullanılarak değerlendiriliyor mu?						



NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
AĞIZ VE DIŞ SAĞLIĞI MERKEZİ
ÖZ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
KY.FR.09	ARALIK 2023	0	0	48

DOKÜMAN BOYUT	STANDART	SKS PUANI			K (Karşılıyor) KK (Kısmen Karşılıyor) KM (Karşılamıyor)	ALINAN PUAN	AÇIKLAMA
			EVET	HAYIR			
SHB07	Yatan hastalarda ağrının takibi yapılarak ağrıyı en aza indirecek uygun yaklaşımların planlanması ve uygulanmasına yönelik düzenleme bulunmalıdır.	40					
SHB07.01	Hastalarda ağrı takibi yapılmalı ve ağrı kontrolüne yönelik tedbirler alınıyor mu?						
SHB07.02	Uygulanan tedavi ve ağrının şiddetine göre yeniden ağrı değerlendirme sıklığı hasta bazında belirleniyor mu?						
SHB07.03	Ağrı takibinde tespit edilen bulgular ve gerçekleştirilen tüm uygulamalar bakım planına kaydedilip izleniyor mu?						
SHB07.04	Ağrı değerlendirme ve bakım sürecinde görev alan sağlık profesyonellerine (hekim, hemşire vb.) ağrının değerlendirilmesi ve tedavisinde izlenecek yöntemler hakkında gerekli eğitimler veriliyor mu?						
SHB08	Konsültasyon süreçlerinin etkin şekilde yürütülmesi sağlanmalıdır.	30					
SHB08.01	Konsültasyon süreçlerine ilişkin kurallar tanımlanıyor mu? o Tanı ve tedavi için gerekli görülen konsültasyon hizmetlerinin nasıl verileceği belirlenmelidir. o Konsültasyona ilişkin kayıtların nasıl tutulacağı belirlenmelidir. o Dış konsültasyon ile ilgili süreçler tanımlanmalıdır(konsültasyon istemi süreci, patolojik materyalin transferi, konsültasyon sonucunun nasıl raporlanacağı, konsültasyon sonucunun ilgili hastaya ve/veya hekime nasıl bildirileceği gibi).						
SHB08.02	Konsültasyon hizmetlerinin, hasta bakım sürecini aksatmayacak şekilde ve zamanında verilmesine yönelik düzenleme yapılıyor mu?						
SHB08.03	Konsültasyon süreçlerine ilişkin kayıtlar düzenli bir şekilde tutuluyor mu?						
SHB08.04	Konsültasyon süreci, hastanın sorumlu dış hekimi tarafından kontrol edilmeli ve konsültasyon raporuna göre hasta bakım süreci yeniden değerlendiriliyor mu?						



NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
AĞIZ VE DIŞ SAĞLIĞI MERKEZİ
ÖZ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
KY.FR.09	ARALIK 2023	0	0	49

DOKÜMAN BOYUT	STANDART	SKS PUANI			K (Karşılıyor) KK (Kısmen Karşılıyor) KM (Karşılmıyor)	ALINAN PUAN	AÇIKLAMA
			EVET	HAYIR			
SHB09	Acil müdahale gerektiren hastalar için acil müdahale seti bulunmalıdır.	30					
SHB09.01	Bölmeler acil müdahale setinde bulunması gereken ilaç, malzeme ve cihazları belirleniyor mu? o Acil müdahale setinde asgari aşağıdaki ekipman bulunmalıdır: * Laringoskop seti ve yedek pilleri (çocuk ve erişkin için) * Balon-valf-maske sistemi * Değişik boylarda maske * Oksijen hortumu ve maskeleri * Entübasyon tüpü (çocuk ve erişkin boyları) * Yardımcı hava yolu araçları (laringeal maske, airway veya kombi tüp) * Kişisel koruyucu donanım o Acil müdahale setinde bulunması gereken ilaçlar, bölümün ihtiyacı ve hasta portföyüne göre belirlenmelidir. o Hangi bölümlerde, acil müdahale seti kapsamında defibrilatör bulundurulacağı kurum tarafından belirlenmelidir.						
SHB09.02	Acil müdahale seti sağlık hizmeti sunum alanlarında ihtiyaç duyulduğunda ulaşılabilir mi?						
SHB09.03	Acil müdahale seti içinde bulunan ilaç ve malzemelerin stok seviyeleri belirlenip takip ediliyor mu?						
SHB09.04	İlaç ve malzemelerin miat takibi ve fiziki kontrolleri düzenli aralıklarla yapılıyor mu?						
SHB10	Cerrahi uygulama yapılacak hastaların hazırlık sürecine yönelik düzenleme bulunmalıdır.	50					
SHB10.01	Ameliyatlar öncesi cerrahi uygulamaya yönelik yapılması gereken hazırlıklar tanımlanıyor mu?						
SHB10.02	Hasta preoperatif dönemde anestezi uzmanı tarafından değerlendirilmeli ve değerlendirme sonucuna göre anestezi yöntemi ve gerekli görülen premedikasyon planlanıyor mu?						
SHB10.03	Anestezi öncesi gereken açlık süresine uyumun sağlanmasına yönelik kurallar tanımlanmalı, hastaların planlanandan uzun süre aç kalmasını önlemeye yönelik tedbirler alınıyor mu?						



NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
AĞIZ VE DIŞ SAĞLIĞI MERKEZİ
ÖZ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
KY.FR.09	ARALIK 2023	0	0	50

DOKÜMAN BOYUT	STANDART	SKS PUANI			K (Karşılıyor) KK (Kısmen Karşılıyor) KM (Karşılmıyor)	ALINAN PUAN	AÇIKLAMA
			EVET	HAYIR			
SHB10.04	Kanama açısından risk olduğu düşünülen vakalarda kan veya kan bileşenlerine yönelik planlama yapılıyor mu?						
SHB10.05	Cerrahi ve anestezi uygulamaları hakkında cerrah ve anestezi uzmanı tarafından hastaya sözlü bilgilendirme yapılmalı ve rızası kayıt altına alınıyor mu?						
SHB10.06	Hasta ve hasta yakınları cerrahi uygulama öncesi hazırlıklar ve dikkat edilmesi gereken hususlar hakkında bilgilendiriliyor mu?						
SHB10.07	Sağlık çalışanları tarafından hazırlıklara yönelik gerekli kontroller yapılıyor mu?						
SHB10.08	Ameliyat öncesi hastaya ait çıkarılabilen protezlerin ve değerli eşyaların teslimi ile ilgili süreç tanımlanıyor mu?						
SHB10.09	Hizmet alım protokolü kapsamında başka bir kurumda genel anestezi ile yapılacak işlemlere yönelik süreçler belirleniyor mu?						
SHB11	Klinikte cerrahi uygulamaların güvenliğini sağlamaya yönelik düzenleme yapılmalıdır.	50					
SHB11.01	ADSH Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinin "Klinikten Ayrılmadan Önce" bölümü dolduruluyor mu?						
SHB11.02	Cerrahi işlem öncesinde cerrahi bölge işaretlemesi yapılıyor mu? o Oral cerrahi işlemler için form üzerinde, extra oral cerrahi işlemler içinse hasta üzerinde cerrahi bölge işaretlemesi yapılmalıdır. o Cerrahi bölge işaretlemesi, cerrahi işlemi yapacak ekipten bir hekim tarafından hasta ameliyathaneye götürülmeden yapılmalıdır. o Hasta üzerinde gerçekleştirilen cerrahi bölge işaretlemesi, kurum tarafından belirlenen usulde ve silinmeyecek şekilde yapılmalıdır.						
SHB12	Cerrahi işlem sonrası hasta bakımına yönelik düzenleme bulunmalıdır.	40					
SHB12.01	Hastaların cerrahi işlem sonrası ameliyat odası veya uyandırma ünitesinden çıkarılmasına ilişkin kurallar belirleniyor mu?						
SHB12.02	Cerrahi uygulama sırasında ve sonrasında hastanın hipotermiden korunmasına yönelik gerekli tedbirler alınıyor mu?						



NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
AĞIZ VE DIŞ SAĞLIĞI MERKEZİ
ÖZ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
KY.FR.09	ARALIK 2023	0	0	51

DOKÜMAN BOYUT	STANDART	SKS PUANI			K (Karşılıyor) KK (Kısmen Karşılıyor) KM (Karşılmıyor)	ALINAN PUAN	AÇIKLAMA
			EVET	HAYIR			
SHB12.03	Hasta postoperatif dönemde muhtemel riskler ve komplikasyonlar açısından yakından izlenmeli ve gerçekleştirilen izlemler kayıt altına alınıyor mu?						
SHB12.04	Her aşamada hasta ile ilgili kayıtlar tutulmalı ve bir sonraki aşamaya hasta ile ilgili bilgi ve kayıtların güvenli bir şekilde aktarılması sağlanıyor mu?						
SHB13	Ameliyathane dışında yapılan sedasyon uygulamalarına yönelik düzenleme yapılmalıdır.	30					
SHB13.01	Ameliyathane dışında uygulanabilecek sedasyon yöntemleri ve uygulama alanları belirleniyor mu?						
SHB13.02	Ameliyathane dışında yapılacak olan sedasyon uygulamalarına ilişkin kurallar ve gelişebilecek acil durumlarda izlenecek yol tanımlanıyor mu?						
SHB14	Tanı ve tedavi amacıyla yapılacak tüm işlemlerde hasta kimliği doğrulanmalıdır.	50					
SHB14.01	Hastanın tanı ve tedavi amacıyla kuruma başvurduğu andan kurumdan ayrılışına kadar geçen tüm süreçlerde (hastanın ölçü, model ve protezlerinin laboratuvara transferi, herhangi bir test veya işlem öncesi, ilaç vb. uygulamadan önce, hasta transferi sırasında gibi) hasta kimliği, kimlik tanımlama yöntemleri ile doğrulanıyor mu?						
SHB14.02	Hasta kimliğinin doğrulanmasına ilişkin süreçler asgari aşağıdaki bilgileri içerecek şekilde tanımlanıyor mu? o Yatan ve ayaktan hizmet alan hastalar için kimlik doğrulama uygulamasının nasıl yapılacağı o Hangi kimlik doğrulama aracının kullanılacağı o Kimlik doğrulama aracının kullanımına ilişkin kurallar o Hasta ve ailesinin kimlik doğrulama konusunda nasıl bilgilendirileceği o Kimlik doğrulama açısından özellikle hasta gruplarında (psikiyatri hastası, otizm spektrum bozukluğu tanılı hastalar, zihinsel veya fiziksel özel gereksinimi olan hastalar gibi) kimlik tanımlamanın nasıl yapılacağı						
SHB14.03	Sağlık çalışanlarına kimlik tanımlayıcıların kullanımı ve hasta kimliğinin doğrulanması konusunda eğitim veriliyor mu?						



NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
AĞIZ VE DIŞ SAĞLIĞI MERKEZİ
ÖZ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
KY.FR.09	ARALIK 2023	0	0	52

DOKÜMAN BOYUT	STANDART	SKS PUANI	EVET	HAYIR	K (Karşılıyor) KK (Kısmen Karşılıyor) KM (Karşılmıyor)	ALINAN PUAN	AÇIKLAMA
SHB15	Tanı ve tedavi süreçlerinde kullanılması gereken kimlik tanımlayıcılar belirlenmelidir.	30					
SHB15.01	Tanı ve tedavi süreçlerinde farklı aşamalarda kullanılması gereken kimlik tanımlayıcılar belirleniyor mu?						
SHB15.02	Kimlik tanımlayıcının kullanımı ile ilgili kurallar belirleniyor mu? Yatışı yapılan her hastada beyaz, alerjik hastalarda ise sadece kırmızı renkli bileklik kullanılmalıdır. o Bileklik barkotlu olmalı, üzerinde en az; protokol numarası, hasta adı-soyadı, doğum tarihi (gün/ay/yıl) bilgileri yer almalıdır. o Bileklikler üzerinde yer alan bilgiler okunaklı olmalıdır.						
SHB16	Hasta düşmelerinin önlenmesine yönelik süreçler tanımlanmalıdır.	30					
SHB16.01	o Yatan hastalarda risk düzeylerinin nasıl değerlendirileceği (risk değerlendirmesinde hangi ölçeğin kullanılacağı, risk düzeylerinin nasıl tanımlanacağı gibi) o Belirlenen risklere göre ne tür önlemler alınacağı (hasta veya hastalık bazlı önlemler, çevresel önlemler gibi) o Gerçekleşen düşme olaylarına yönelik izlem süreçleri (gerçekleşen düşme olaylarının ne zaman, nasıl ve kime bildirileceği, sonuçların nasıl değerlendirileceği gibi) o Ayaktan hastalarda düşme risklerinin önlenmesine yönelik alınması gereken tedbirler o Hasta transferi sırasında ne tür önlemler alınacağı						
SHB17	Yatan hastaların düşme risk düzeyinin belirlenmesine yönelik risk değerlendirmesi yapılmalıdır.	50					
SHB17.01	Yatan hastalarda düşme riski değerlendirme ölçeği kullanılıyor mu?						



NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
AĞIZ VE DIŞ SAĞLIĞI MERKEZİ
ÖZ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
KY.FR.09	ARALIK 2023	0	0	53

DOKÜMAN BOYUT	STANDART	SKS PUANI			K (Karşılıyor) KK (Kısmen Karşılıyor) KM (Karşılmıyor)	ALINAN PUAN	AÇIKLAMA
			EVET	HAYIR			
SHB17.02	Risk değerlendirmesi, hastanın hizmet alacağı bölüme kabulünü takiben ilgili bölüm hemşiresi veya ilgili hekim tarafından mı yapılıyor? o Hastanın ilk düşme riski değerlendirmesinde risk değerlendirme aralıkları belirlenmelidir. o Hastanın risk düzeyindeki değişikliklere göre risk değerlendirme aralığı gözden geçirilmelidir. o Risk değerlendirmesi, postoperatif dönem, hastanın durumunda meydana gelecek bir değişiklik olması ve bir düşme olayı gerçekleşmesi halinde tekrarlanmalıdır.						
SHB18	Hasta düşmelerinin önlenmesine yönelik tedbirler alınmalıdır.	50					
SHB18.01	Belirlenen risklere göre ayaktan ve yatan hasta düşmelerini önlemek üzere, hasta, bölüm ve kurum bazlı önlemler alınıyor mu?						
SHB18.02	Düşme riski yüksek olan yatan hastalar için düşme riski yüksek hasta figürü kullanılıyor mu?						
SHB18.03	Düşme risk düzeyinin yüksek olduğu durumlarda hasta ve hasta yakını düşme riski ile düşmenin önlenmesine yönelik tedbirler hakkında bilgilendiriliyor mu?						
SHB18.04	Gerçekleşen düşme olaylarına yönelik istenmeyen olay bildirim sistemine bildirim yapılıyor mu?						
SHB18.05	Gerçekleşen düşme olayları izlenmeli ve gerekli iyileştirme çalışmaları yapılıyor mu?						
SHB19	Kendine ve başkalarına zarar verme riski olan hastalara yönelik düzenleme bulunmalıdır.	30					
SHB19.01	Kendine ve başkalarına zarar verme riski olan hastalar belirlenmeli ve ilgili çalışanlar durum hakkında bilgilendiriliyor mu?						
SHB19.02	Kendine ve başkalarına zarar verme riski olan ayaktan ve yatan hastalar için gerekli önlemler alınıyor mu?						
SHB19.03	İlaçla kısıtlama ile ilgili asgari kurallar tanımlanıyor mu?						



NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
AĞIZ VE DIŞ SAĞLIĞI MERKEZİ
ÖZ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
KY.FR.09	ARALIK 2023	0	0	54

DOKÜMAN BOYUT	STANDART	SKS PUANI			K (Karşılıyor) KK (Kısmen Karşılıyor) KM (Karşılmıyor)	ALINAN PUAN	AÇIKLAMA
			EVET	HAYIR			
SHB19.04	Fiziksel kısıtlama aşağıdaki kurallar çerçevesinde gerçekleştiriliyor mu? o Fiziksel kısıtlama kararı hekim tarafından verilmelidir. o Fiziksel kısıtlama kararı tedavi planında yer almalı, planda; * Uygulamanın başladığı tarih ve saat, * Uygulamanın hangi aralıklarla kontrol edileceği, * Uygulamanın sonlandırıldığı tarih ve saat belirtilmelidir. o Kısıtlılığın devamı ile ilgili karar en geç 24 saatte bir gözden geçirilmelidir.						
SHB20	Hastaların sağlık çalışanları arasında güvenli bir şekilde devredilmesi sağlanmalıdır.	30					
SHB20.01	Hastaların güvenli bir şekilde devredilmesine ilişkin kurallar tanımlanıyor mu?						
SHB20.02	Meslek gruplarının (hekim-hekim, hemşire-hemşire gibi) hastayı devrederken aktarmaları gereken hasta bilgilerinin minimum içeriği kurum tarafından belirleniyor mu?						
SHB21	Hastaların güvenli transferi sağlanmalıdır.	50					
SHB21.01	Hastaların güvenli transferine yönelik asgari aşağıdaki hususlar tanımlanıyor mu? o Hastaların bölümlere transferi o Hastaların kurum dışına transferi o Acil müdahale gerektiren durumlarda hastanın transferi o Özellikle hastaların (psikiyatri, geriatri hastaları ile orofasial ağır travmatik yaraları veya maksillomandibular kırıkları olan hastalar vb.) transferi o Hastaların transferinde dikkat edilecek hususlar o Transferde kullanılacak araçların uygunluğu ve kullanımı o Transferde yer alacak çalışanın tanımlanması						
SHB21.02	Transfer için uygun ekipman (sedye, tekerlekli sandalye gibi) bulunuyor ve kullanılıyor mu? o Kullanılan ekipmanın kontrolleri ve bakımları yapılmalıdır.						



NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
AĞIZ VE DIŞ SAĞLIĞI MERKEZİ
ÖZ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
KY.FR.09	ARALIK 2023	0	0	55

DOKÜMAN BOYUT	STANDART	SKS PUANI			K (Karşılıyor) KK (Kısmen Karşılıyor) KM (Karşılmıyor)	ALINAN PUAN	AÇIKLAMA
			EVET	HAYIR			
SHB21.03	Hastanın transferi bir sağlık çalışanı eşliğinde gerçekleştiriliyor mu?						
SHB21.04	Transfer sırasında hastaya ait gerekli kişisel bilgiler ile bakım sürecine ilişkin bilgiler ilgili sağlık çalışanları tarafından doğru ve tam olarak iletiliyor mu?						
SHB21.05	İlgili çalışanlara hastaların güvenli transferine yönelik eğitim veriliyor mu?						
SHB22	Kurum çalışanları, hasta ve hasta yakını ile etkili iletişim kurmalıdır.	30					
SHB23	Yatan hasta ve yakınının bölüme uyumu sağlanmalıdır.	20					
SHB23.01	Hasta ve hasta yakını, hastanın bölüme kabulünde, bölüme ilişkin asgari aşağıdaki hususlar açısından bilgilendiriliyor mu? o Hasta yatağı ve eşyaların kullanımı o Kahvaltı, yemek ve ara öğün saatleri o Hasta ve yakınının uyması gereken kurallar o Hasta hakları ve sorumlulukları o Ziyaret saatleri ve kuralları o Hekim vizitleri o Hemşire çağrı sistemi kullanımı o Bölüm çalışanlarına erişim o Tuvalet-banyo kullanımı o Acil çıkışlar ve acil durumda yapılacaklar						
SHB24	Zihinsel ve fiziksel özel gereksinimi bulunan bireylere sağlık hizmet sunumuna yönelik süreçler tanımlanmalıdır.	30					
SHB24.01	Özel gereksinimi bulunan bireylere yönelik, ayakta ve yatan hastaları kapsayacak şekilde asgari aşağıdaki süreçler tanımlanıyor mu? o Hizmet sunum süreçleri o Evde sağlık hizmetleri ve disiplinlerarası işbirliği o Fiziki gereklilikler o Personel gereklilikleri o İleri işlem gereksinimleri, sevk ve taburcu süreci						
SHB24.02	Özel gereksinimi bulunan bireylere yönelik kurumun verdiği hizmet kapsamında Bakanlık tarafından belirlenen hizmet birimleri oluşturuluyor mu?						



NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI MERKEZİ
ÖZ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
KY.FR.09	ARALIK 2023	0	0	57

İLAÇ YÖNETİMİ							Tarih:
DOKÜMAN BOYUT	STANDART	SKS PUANI	EVET	HAYIR	K (Karşılıyor) KK (Kısmen Karşılıyor) KM (Karşılmıyor)	ALINAN PUAN	AÇIKLAMA
SIY01	İlaç yönetimi ile ilgili sorumlular ve sorumlulukları tanımlanmalıdır.	30					
SIY01.01	Kurumda ilaç yönetiminden sorumlu bir ekip bulunuyor mu? o Ekip üyeleri, ilaç yönetim süreçlerinde görev alan çalışanlar arasından belirlenmelidir.						
SIY01.02	Ekibin sorumlulukları asgari aşağıdaki konuları içeriyor mu? o İlacın dahil olduğu tüm süreçlerin düzenlenmesi ve denetimi o Akılcı ilaç kullanımı ile ilgili ilkelerin belirlenmesi ve uygulanması o "Antibiyotik Kullanım Kontrolü ve Antibiyotik Profilaksi Rehberi" hazırlanması						
SIY02	İlacın dahil olduğu tüm süreçler ve bu süreçlere yönelik kurallar tanımlanmalıdır.	30					



NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
AĞIZ VE DIŞ SAĞLIĞI MERKEZİ
ÖZ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
KY.FR.09	ARALIK 2023	0	0	58

SIY02.01	<p>İlaç yönetimi ile ilgili kuruma özgü kurallar asgari aşağıdaki süreçleri içerecek şekilde belirleniyor mu?</p> <ul style="list-style-type: none">o İlaçların teminio İlaçların muhafazasıo İlaç istemlerio İlaçların hazırlanmasıo İlaçların transferio İlaç uygulamalarıo Hasta beraberinde gelen ilaçların kontrolüo İlaç-ilaç, ilaç-besin etkileşimlerinin kontrolüo Parenteral ilaçlarda stabilite ve geçimsizlik kontrolüo Advers reaksiyon bildirimlerio İlaç hata bildirimleri ve ilaç yönetimine ilişkin göstergelero Yüksek riskli ilaçların yönetimi ve istem sürecio Sulandırıldıktan, açıldıktan veya hazırlandıktan sonra muhafaza şartları uygun olmayan veya saklama süresi dolan ilaçların imha süreçlerio Yarım doz ilaçlar ve hazırlandıktan sonra geçimsizlik görülen çözeltilerin imha süreçlerio Tedavi sonrası yarım kalan ampullerin kullanımı ve imhasıo İlaç atıklarının yönetimi						
DOKÜMAN BOYUT	STANDART	SKS PUANI	EVET	HAYIR	K (Karşılıyor) KK (Kısmen Karşılıyor) KM (Karşılmıyor)	ALINAN PUAN	AÇIKLAMA
SIY03	İlaçların muhafazasına yönelik düzenleme bulunmalıdır.	50					
SIY03.01	İlaçlar uygun niteliklere sahip depolama alanlarında muhafaza ediliyor mu?						
SIY03.02	Depolama alanlarının sıcaklık ve nem değerleri kontrol altında tutuluyor mu?						
SIY03.03	İlaçlar; hava sirkülasyonunu engellemeyecek ve ilaçların korunmasını, sel veya su basması gibi durumlardan etkilenmemesini sağlayacak şekilde depolanıyor mu? o İlaçların yerleşiminde, tavan, taban ve yan duvar arasında boşluklar bulunmalıdır. o İlacın cinsine göre uygun yerleştirme yapılmalıdır. o Deponun koşullarına göre oluşabilecek riskler tanımlanmalıdır. o Risklere yönelik koruyucu önlemler alınmalıdır.						



NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
AĞIZ VE DIŞ SAĞLIĞI MERKEZİ
ÖZ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
KY.FR.09	ARALIK 2023	0	0	59

SIY03.04	Depo ve buzdolaplarına ait ilaç yerleşim planları, kolay kullanılabilir, ulaşılabilir olmalı ve planların güncel tutulması sağlanıyor mu?						
SIY03.05	İlaç depolarında ve ilaç için ayrılmış buzdolaplarında ilaç haricinde malzeme bulunduruluyor mu?						
SIY03.06	Buzdolaplarının içinde bulunan malzemelere göre sıcaklık takibi yapılmalıdır. o Elektrik kesilmesi, cihaz arızası gibi durumlarda soğuk zincirin korunmasına yönelik gerekli tedbirler alınıyor mu?						
SIY04	İlaçların stok ve miat takibine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	50					
SIY04.01	İlaçların stok ve miat takibi SBYS üzerinden yapılıyor mu? o İlaçların minimum stok seviyesi, kritik stok seviyesi, maksimum stok seviyesi belirlenmelidir. o Minimum, kritik ve maksimum stok seviyeleri SBYS’de takip edilmelidir. o Belirlenen seviyelerde sapma olması durumunda SBYS’de uyarıcı düzenleme bulunmalıdır. o Miadı yaklaşan ilaçlara yönelik SBYS’de uyarıcı düzenleme bulunmalıdır.						
SIY04.02	İlaç miatları düzenli aralıklarla randomize olarak manuel yöntemlerle de kontrol ediliyor mu?						
SIY04.03	Bozulan veya miadı geçen ilaçlar imha edilmek üzere ayrı bir alanda saklanıyor mu?						
DOKÜMAN BOYUT	STANDART	SKS PUANI	EVET	HAYIR	K (Karşılıyor) KK (Kısmen Karşılıyor) KM (Karşılıyor) KM (Karşılmıyor)	ALINAN PUAN	AÇIKLAMA
SIY04.04	İlaç depolarına yetkilendirilmiş personel haricindeki kişilerin erişimi sınırlandırılıyor mu?						
SIY05	İlaç istem süreçlerine ilişkin kurallar belirlenmelidir.	50					
SIY05.01	İlaç istem süreci, sürece yönelik kurallar ile özel ve istisnai durumlar tanımlanıyor mu?						



NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
AĞIZ VE DIŞ SAĞLIĞI MERKEZİ
ÖZ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
KY.FR.09	ARALIK 2023	0	0	60

SIY05.02	Yatan hastalar için hazırlanan tedavi planı hekim tarafından günlük olarak yapılıp onaylanıyor mu? o Günlük olarak hazırlanması mümkün veya etkin olmayan istemler (acil istemler, otomatik stoplama istemleri, sürekli istemler, sözel istemler gibi) belirlenmeli, söz konusu durumlara ilişkin kurallar tanımlanmalıdır. o Kağıt ortamında gerçekleştirilen istemlerde doktor bilgileri ve ıslak imza bulunmalıdır. o Elektronik ortamda yapılan ilaç istemlerinde hekimin elektronik imzası veya mobil imza bulunmalıdır. SBYS'de kullanıcı şifresi ile verilen istemler, elektronik imza olmaksızın bu amaçla kullanılmamalıdır.						
SIY05.03	Yatan hastalar için hazırlanan tedavi planı; ilacın tam adını, uygulama zamanını, dozunu, uygulama şeklini ve gerekli durumlarda veriliş süresini içeriyor mu?						
SIY05.04	Yatan hastalar için hazırlanan tedavi planı, SBYS eczane modülünde de görülebiliyor mu?						
SIY05.05	Yatan hastalar için hazırlanan tedavi planında kullanılmaması gereken kısaltmalar, simgeler ve semboller belirlenip, listeleniyor mu?						
SIY05.06	Yatan hastalar için sözel istem uygulanması gereken durumlarda uyulması gereken kurallar asgari aşağıdaki bilgileri içerecek şekilde belirleniyor mu?						
SIY06	İlaçların hazırlanmasına yönelik düzenleme bulunmalıdır.	30					
SIY06.01	İlaçların eczaneden veya ilaç deposundan çıkışına yönelik düzenleme bulunuyor mu?						
DOKÜMAN BOYUT	STANDART	SKS PUANI	EVET	HAYIR	K (Karşılıyor) KK (Kısmen Karşılıyor) KM (Karşılmıyor) (Karşılmıyor)	ALINAN PUAN	AÇIKLAMA



NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
AĞIZ VE DIŞ SAĞLIĞI MERKEZİ
ÖZ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
KY.FR.09	ARALIK 2023	0	0	61

SiY06.02	Yatan hastalarda, eczanede ilaçlar her hasta için ayrı olacak şekilde, birim dozlara bölünerek paketleniyor mu? o İlaçların adı, formu, dozu ve hasta bilgileri gönderilen pakette yer almalıdır. o Birden fazla bölünmüş ambalaj (kesilmiş blister tabletler gibi) içeren ilaç çıkışlarında bu ilaçlar ayrı olacak şekilde paketleme ve etiketleme yapılmalıdır. o Etiket üzerinde, hastaya ait kimlik tanımlama parametreleri ile ilacın tam adı, farmasötik form, doz uygulama saati, uygulama yolu ve miat bilgileri bulunmalıdır.						
SiY07	İlaçların transferine yönelik düzenleme bulunmalıdır.	30					
SiY07.01	İlacın güvenli transferi için gerekli ekipman bulunuyor mu?						
SiY07.02	Depolardan ilaçların transferi sırasında kırılma ve dökülmeye karşı önlemler alınıyor mu?						
SiY07.03	Transferi gerçekleştirecek personele ilaçların güvenli transferi ve tehlikeli ilaç kırılmalarına müdahale konusunda eğitim veriliyor mu?						
SiY08	İlaçların güvenli uygulanmasına yönelik düzenleme yapılmalıdır.	50					
SiY08.01	Tedavi planına istinaden gerçekleştirilen uygulamalar hemşirelik kayıtlarında izlenebiliyor mu? o Hemşirelik kayıtlarında; ilaç adı, dozu, uygulama yolu, uygulama zamanı ve süresi ile uygulamanın kim tarafından gerçekleştirildiğine dair bilgiler yer almalıdır.						
SiY08.02	İlaçlar hastaya yetkili kişiler tarafından mı uygulanıyor? o Eğitim amaçlı yapılan ilaç uygulamaları, yetkili kişiler gözetiminde olmalıdır.						
SiY08.03	İlaç uygulaması sırasında; hastanın kimliği, ilacın adı ve dozu ile uygulama şekli, zamanı ve süresi uygulamayı yapan kişi tarafından doğrulanmalı, doğrulamanın nasıl yapılacağı kurum tarafından tanımlanıyor mu?						
DOKÜMAN BOYUT	STANDART	SKS PUANI	EVET	HAYIR	K (Karşılıyor) KK (Kısmen Karşılıyor) KM (Karşılıyor) KM (Karşılmıyor)	ALINAN PUAN	AÇIKLAMA



NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
AĞIZ VE DIŞ SAĞLIĞI MERKEZİ
ÖZ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
KY.FR.09	ARALIK 2023	0	0	62

SIY08.04	İlaç uygulanması sonrasında hastaların klinik durumu izlenmeli, gelişen reaksiyonlar ve istenmeyen olaylar kayıt altına alınıyor mu? o Özellikle herhangi bir ilacın ilk kullanımından sonra ve riskli ilaçların uygulanması sonrasında hastalar, gelişebilecek yan etkiler ve reaksiyonlar açısından daha dikkatli şekilde izlenmelidir. o Hastada advers reaksiyon gelişmesi halinde, reaksiyon kayıt altına alınarak bildirim (farmakovijilans) sağlanmalıdır.						
SIY09	Advers Etki Bildirimi (Farmakovijilans) ile ilgili düzenleme yapılmalıdır.	40					
SIY09.01	Advers reaksiyon bildirimine yönelik süreçler tanımlanıyor mu?						
SIY09.02	Farmakovijilans sorumlusu ve sorumlulukları tanımlanıyor mu?						
SIY09.03	Sorumlunun adı, iletişim bilgileri ve mesleki özgeçmişi Türkiye Farmakovijilans Merkezi'ne (TUFAM) bildiriliyor mu?						
SIY08.04	Ciddi ve beklenmeyen advers reaksiyonlar farmakovijilans sorumlusuna bildiriliyor mu?						
SIY09.05	Ciddi ve beklenmeyen advers reaksiyonlar en geç 15 gün içinde TUFAM'a bildiriliyor mu?						
SIY010	Özel nitelikli ilaç gruplarına yönelik düzenleme bulunmalıdır.	30					
SIY010.01	Özel nitelikli ilaç gruplarına yönelik listeler hazırlanmış mıdır?						
SIY010.02	Listeler kullanım alanında bulunuyor ve etkin kullanılıyor mu?						
SIY010.03	Acil pediatrik ilaçlar, yazılışı, okunuşu, görünüşü birbirine benzeyen ilaçlar ve yüksek riskli ilaçların dolaplardaki yerleşimi muhtemel hataları engelleyecek şekilde yapılıyor mu?						
SIY010.04	Orjinal ambalajında uyarıcı bir unsur bulunmayan yüksek riskli ilaçlar için uyarıcılar kullanılıyor mu (renkli etiketleme gibi)?						
SIY11	Narkotik ve psiko trop ilaçlara yönelik düzenleme yapılmalıdır.	30					
SIY11.01	Narkotik ve psiko trop ilaçlar kilitli alanlarda bulunuyor mu? o Narkotik ve psiko trop ilaçların muhafazasına yönelik istisnalar tanımlanmalı, gerekli ek önlemler alınmalıdır.						
DOKÜMAN BOYUT	STANDART	SKS PUANI	EVET	HAYIR	K (Karşılıyor) KK (Kısmen Karşılıyor) KM (Karşılıyor) KM (Karşılmıyor)	ALINAN PUAN	AÇIKLAMA



NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
AĞIZ VE DIŞ SAĞLIĞI MERKEZİ
ÖZ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
KY.FR.09	ARALIK 2023	0	0	63

SIY11.02	Narkotik ve psikotrop ilaçların devir teslimi yapılıyor mu? o Devir teslim kayıtlarında; * İlacın hangi hastaya, ne sıklıkta ve dozda kullanıldığı * İlacın kullanıldığı tarih * İlacı kimin uyguladığı * Kime ne miktarda ilaç teslim edildiği * Teslim alan ve teslim edenlerin imzaları bulunmalıdır. o Muhafaza ve taşınma esnasında zarar gören narkotik ilaçlar için tutanak tutulmalıdır.						
SIY11.03	Miadı geçmiş veya bozulmuş, kullanımını risk oluşturan vb. nedenlerle imha edilen narkotik ve psikotrop ilaçlar kayıt altına alınıyor mu?						
SIY12	Yatan hastanın beraberinde getirdiği ilaçların yönetimine ilişkin düzenleme bulunmalıdır.	30					
SIY12.01	Yatan hastanın beraberinde getirdiği ilaçlar, miat ve fiziksel durum açısından kontrol edilerek teslim alınmalı ve dosyasına kaydediliyor mu?						
SIY12.02	Hastaların yanında getirdiği ve kendileri tarafından uygulanan ilaçların nasıl yönetileceğine ilişkin kurallar kurum tarafından belirlenmiş mi?						
SIY13	Eczaneye iade edilen ilaçlara yönelik düzenleme yapılmalıdır.	10					
SIY13.01	Eczaneye iade edilen ilaçların teslimine ilişkin süreç belirlenmiş midir?						
SIY13.02	İade edilen ilaçların kaydı tutuluyor mu?						
SIY14	İlaç yönetimi süreçlerinin izlenebilirliği sağlanmalıdır.	30					
SIY14.01	İlaç yönetimi sürecinde oluşturulan tüm verilerin izlenebilirliği ve sürekliliği sağlanıyor mu?						
SIY14.02	İlaç hataları ve ramak kala olaylar istenmeyen olay bildirim sistemi kapsamında bildiriliyor mu?						
DOKÜMAN BOYUT	STANDART	SKS PUANI	EVET	HAYIR	K (Karşılıyor) KK (Kısmen Karşılıyor) KM (Karşılıyor) KMM (Karşılmıyor)	ALINAN PUAN	AÇIKLAMA



NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
AĞIZ VE DIŞ SAĞLIĞI MERKEZİ
ÖZ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
KY.FR.09	ARALIK 2023	0	0	65

ENFEKSİYONLARIN ÖNLENMESİ VE KONTROLÜ							Tarih:
DOKÜMAN BOYUT	STANDART	SKS PUANI	EVET	HAYIR	K (Karşılıyor) KK (Kısmen Karşılıyor) KM (Karşılmıyor)	ALINAN PUAN	AÇIKLAMA
SEN01	Enfeksiyon Kontrol Komitesi kurulmalıdır.	50					
SEN01.01	Enfeksiyon Kontrol Komitesinde görev alacak sorumlular belirlenmiş mi?						
SEN01.02	EKK'nın görev yetki ve sorumlulukları tanımlanmış mıdır?						
SEN02	Kurumun tüm bölümlerini kapsayan enfeksiyonların önlenmesine yönelik program bulunmalıdır.	30					
SEN02.01	Enfeksiyonların önlenmesi ve kontrolüne yönelik program, kurumun sunduğu hizmetleri ve kurum bölümlerini kapsayacak şekilde hazırlanmış mı? o Sağlık hizmeti süreçlerinin enfeksiyon riski açısından değerlendirilmesi o El hijyeni o Temizlik, dezenfeksiyon, sterilizasyon, asepsi, antisepsi o İzolasyon önlemleri o Bildirimi zorunlu hastalıkların ulusal bildirim sistemine kaydedilmesi o Akılcı antibiyotik kullanımı o Çalışanların mesleki enfeksiyonlardan korunmasına yönelik yapılması gereken sağlık gözetimi ve bağışıklama işlemlerinin tanımlanması o Hava ve su kaynaklı enfeksiyon kontrol önlemleri o Tesis kaynaklı tadilat, onarım, inşaat çalışmalarında enfeksiyonların önlenmesi o Olağanüstü durumlara (salgın, nadir görülen enfeksiyonlar gibi) yönelik planlamaların yapılması o Çamaşırhane, yemek, atık yönetimi gibi destek hizmetlerinde enfeksiyonların önlenmesi						



NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
AĞIZ VE DIŞ SAĞLIĞI MERKEZİ
ÖZ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
KY.FR.09	ARALIK 2023	0	0	66

DOKÜMAN BOYUT	STANDART	SKS PUANI			K (Karşılıyor) KK (Kısmen Karşılıyor) KM (Karşılmıyor)	ALINAN PUAN	AÇIKLAMA
			EVET	HAYIR			
SEN03	Kurum el hijyeni politikası tanımlanmalıdır.	30					
SEN03.01	Kurum el hijyeni politikası asgari aşağıdaki hususları kapsayacak şekilde tanımlanıyor mu? o El hijyeninin tanımı ve genel kapsamı o El hijyeninin kurum için önemi o El hijyeni ile ilgili genel kurum hedefleri o Yöneticiler ve çalışanların el hijyeni ile ilgili temel sorumlulukları o Sürekli iyileştirme stratejisi o El hijyeni ile ilgili prosedürlere atıflar						
SEN03.02	Kurum el hijyeni politikası, stratejik hedeflerde ve kurum uygulamalarında izlenebilir olmalıdır.						
SEN04	Çalışanlar, el hijyeni konusunda bilgilendirilmeli ve teşvik edilmelidir.	50					
SEN04.01	Sağlık çalışanlarına el hijyenini sağlamaya yönelik eğitimler veriliyor mu? o Eğitimlerin şekli, içeriği ve periyodu, meslek grupları ile çalışanların bilgi ve davranış düzeyine göre planlanmalıdır. Eğitim programlarının, etkin ve verimli bir şekilde düzenlenmesi sağlanmalıdır. o El hijyeni ile ilgili eğitim dokümanı asgari aşağıdaki konuları kapsamalıdır: * El hijyeninin önemi * El hijyeni endikasyonları * El hijyeni sağlama yöntemleri * Eldiven kullanımı ile ilgili kurallar * El antiseptikleri ile ilgili genel bilgiler * "El Hijyeni için 5 Endikasyon" yaklaşımının simülasyonları * Alkol bazlı el antiseptikleri ile ilgili alınması gereken güvenlik önlemleri						
SEN04.02	Sağlık çalışanlarının el hijyenini etkin uygulamasına yönelik teşvik edici çalışmalar yapılıyor mu?						
SEN05	Sağlık hizmeti sunulan alanlarda el hijyenini sağlamaya yönelik gerekli malzemeler bulunmalıdır.	40					
SEN05.01	Sağlık hizmeti sunumu sırasında çalışanın kolay erişebileceği şekilde eldiven ve el antiseptiği bulunuyor mu?						



NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI MERKEZİ
ÖZ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
KY.FR.09	ARALIK 2023	0	0	67

DOKÜMAN BOYUT	STANDART	SKS PUANI			K (Karşılıyor) KK (Kısmen Karşılıyor) KM (Karşılmıyor)	ALINAN PUAN	AÇIKLAMA
			EVET	HAYIR			
SEN05.02	El yıkama alanlarında el hijyenini uygun şekilde sağlamaya yönelik altyapı ve ekipman (sıvı/köpük el sabunu, kağıt havlu, pedallı/sensörlü çöp kovası vb.) bulunuyor mu?						
SEN05.03	El hijyeni ürünlerinin birim bazında uygun yerde ve yeterli şekilde bulunma durumu düzenli aralıklarla kontrol edilmeli ve kaydediliyor mu?						
SEN06	Personelin el hijyeni bilinci ve uygulama düzeyi ölçülmelidir.	40					
SEN06.01	Ulusal ve uluslararası geçerliliği olan ölçekler ile personelin el hijyeni bilinci ve el hijyeni uygulama düzeyi en az yılda bir kez ölçümü yapılıyor mu?						
SEN06.02	İdari ve teknik personel dışında, hastaya hizmet sunumunda görev alan tüm personel ölçek uygulamasına dahil ediliyor mu?						
SEN06.03	Ölçüm sonucuna göre iyileştirmeye yönelik gerekli faaliyetler yapılıyor mu?						
SEN07	Çalışanların el hijyeni kurallarına uyumu değerlendirilmelidir.	50					
SEN07.01	“5 Endikasyon Kuralı Gözlem Formu” ile çalışanlara yönelik haberli gözlemler yapılıyor mu? Gözlemler, asgari aşağıdaki kurallar çerçevesinde gerçekleştirilmelidir. o Gözlemler, bir yıllık süreç içinde tüm hasta bakım alanlarını kapsayacak şekilde gerçekleştirilmelidir. o Gözlemler, en az üç ayda bir analiz edilmelidir. o Epidemiyoloji şüphesi veya riski olduğu durumlarda, ilgili kliniklerde gözlem sıklığı ve sayısı artırılmalıdır. o Gözlemciler konu ile ilgili eğitim almış olmalıdır.						



NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
AĞIZ VE DIŞ SAĞLIĞI MERKEZİ
ÖZ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
KY.FR.09	ARALIK 2023	0	0	68

SEN07.02	El hijyeni gözlem sonuçları yönetim ve ilgili birimlerle paylaşılmalı, çalışanlar birimlerine ait gözlem sonuçları hakkında bilgi sahibi olmalıdır.							
DOKÜMAN BOYUT	STANDART	SKS PUANI	EVET	HAYIR	K (Karşılıyor) KK (Kısmen Karşılıyor) KM (Karşılmıyor)	ALINAN PUAN	AÇIKLAMA	
SEN08	İzolasyon önlemleriyle ilgili düzenleme yapılmalıdır.	30						
SEN08.01	Enfekte veya kolonize hastaların yönetimine yönelik süreçler tanımlanıyor mu? Enfekte veya kolonize hastaların yönetiminde kullanılacak olan izolasyon önlemleri belirlenirken kabul görmüş ulusal ve uluslararası rehberler esas alınmalıdır.							
SEN09	Çalışanların çalışma ortamından kaynaklı enfeksiyonlardan korunmasına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.	50						
SEN09.01	Mesleki enfeksiyonlara yönelik sağlık gözetimi, birimlerdeki risk düzeylerine göre yapılmalı, bağışıklamanın mümkün olduğu enfeksiyonlara karşı bağışıklama sağlanıyor mu?							
SEN09.02	Sağlık hizmeti verilmesi sırasında karşılaşılabilecek risklere göre gerekli koruyucu tedbirler (standart önlemler, izolasyon önlemleri) alınıyor mu?							
SEN09.03	Herhangi bir enfeksiyon ajanı ile temas söz konusu olduğunda gerekli bağışıklanma, profilaksi, takip ve tedavi işlemlerinin yapılması sağlanıyor mu?							
SEN10	Enfeksiyon önlenmesi hakkında sağlık çalışanlarına eğitim verilmelidir.	30						
SEN10.01	Enfeksiyonların önlenmesine yönelik eğitim ihtiyaçları, kurumun hizmet içi eğitimler ile ilgili belirlediği kurallar çerçevesinde birim ve meslek bazında tanımlanıyor mu?							

İLGİLİ BÖLÜM TOPLAM PUANI: KURUM ÖZ DEĞERLENDİRME PUANI: KURUM SKS BÖLÜM PUANI :

DENETLENEN BÖLÜM SORUMLULARI	İMZA	ÖZ DEĞERLENDİRME EKİBİ	İMZA



NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
AĞIZ VE DIŞ SAĞLIĞI MERKEZİ
ÖZ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
KY.FR.09	ARALIK 2023	0	0	69

--	--	--	--	--

TEMİZLİK, DEZENFEKSİYON VE STERİLİZASYON HİZMETLERİ							Tarih:
DOKÜMAN BOYUT	STANDART	SKS PUANI	EVET	HAYIR	K (Karşılıyor) KK (Kısmen Karşılıyor) KM (Karşılmıyor)	ALINAN PUAN	AÇIKLAMA
SDS01	Kurum temizliğine yönelik kurallar tanımlanmalıdır.	50					
SDS01.01	Kurum alanları ile zemin ve yüzeylerinin (dış ünitleri, kapı ve yatak kolları, yatak kontrol panelleri, elektrik düğmeleri, cihazların yüzeyleri, duvar, tavan ve raflar gibi) temizlik ve dezenfeksiyon açısından risk düzeyleri belirlenmiş mi?						
SDS01.02	Belirlenen riskler doğrultusunda, kurumun tüm alanlarını kapsayan temizlik ve dezenfeksiyon planı oluşturulmalı, plan asgari aşağıdaki konuları içermelidir o Alan ve yüzey bazında; * Risk düzeyi * Kullanılacak temizlik ve dezenfeksiyon malzemesi ve ekipmanı * Temizlik ve dezenfeksiyon sıklığı ve kuralları * Temizlik ve dezenfeksiyon işlemlerinin kim tarafından yapılacağı o Halı, perde, döşeme gibi malzemelere yönelik temizlik yöntemi ve sıklığı o Haşerelerle mücadele yöntemleri ve sıklığı Dış ünitlerinin dezenfeksiyonuna yönelik plan her hasta sonrasında ve gün sonunda yapılacak dezenfeksiyon işlemini kapsıyor mu?						
SDS01.03	Kullanılan temizlik ekipmanının temizliği ve dezenfeksiyonu ile ilgili kurallar tanımlanmalı, kuralların uygulanma durumu kontrol ediliyor mu?						
SDS01.04	Kan ve vücut sıvıları ile bulaş ve olası kirlilik oluşturan kazalar sonrasında yönelik temizlik ve dezenfeksiyon kuralları tanımlanmalıdır.						



NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
AĞIZ VE DIŞ SAĞLIĞI MERKEZİ
ÖZ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
KY.FR.09	ARALIK 2023	0	0	70

DOKÜMAN BOYUT	STANDART	SKS PUANI	EVET	HAYIR	K (Karşılıyor) KK (Kısmen Karşılıyor) KM (Karşılmıyor)	ALINAN PUAN	AÇIKLAMA
SDS01.05	Kurum alan, zemin ve yüzeylerinin temizlik ve dezenfeksiyon işlemlerine yönelik belirlenen kuralların uygunluğu enfeksiyon kontrol komitesince onaylanmış olmalıdır.						
SDS01.06	Temizlik hizmetlerinde görevli personele yönelik asgari aşağıdaki konuları içerecek şekilde eğitim veriliyor mu? o Genel alanların temizlik kuralları o Belirlenen risk düzeyine göre alanların temizlik kuralları o Temizlik maddelerinin kullanım özellikleri o Çalışanlar arası iletişim o Hasta ve hasta yakınları ile iletişim o Kişisel koruyucu donanım kullanımı o Temizlik malzemelerine maruz kalma (göze sıçraması, ciltle teması gibi) durumlarında yapılacaklar o Temizlik ve dezenfeksiyonun etkinliğini bozan yapısal sorunlar ve bu sorunlar hakkında sorumlulara bilgi verilmesi gerekliliği						
SSH02	Kurumda gerçekleştirilen temizlik ve dezenfeksiyon işlemleri kontrol edilmelidir.	40					
SDS02.01	Temizlik ve dezenfeksiyonun kontrolüne ilişkin sorumlular ve sorumlulukları tanımlanmalı, kontrol yöntemi ve aralıkları belirlenmiş mi?						
SDS02.02	Tüm kapalı ve açık alanların temizlikleri ile kurumda gerçekleştirilen dezenfeksiyon işlemleri düzenli bir şekilde kontrol edilmelidir						
SDS02.03	Temizlik ve dezenfeksiyon planına uygun olacak şekilde, kullanım alanlarında gerekli malzeme ve ekipmanın bulunma durumu kontrol ediliyor mu?						
SDS03	Kurumda kullanılan cihaz ve malzemeler enfeksiyon riski düzeyine göre gruplandırılmalıdır.	30					
SDS03.01	Kurumda kullanılan cihaz ve malzemeler enfeksiyon risk düzeylerine göre en az üç grupta (kritik, yarı kritik ve kritik olmayan gibi) tanımlanmış mı?						



NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
AĞIZ VE DIŞ SAĞLIĞI MERKEZİ
ÖZ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
KY.FR.09	ARALIK 2023	0	0	71

SDS03.02	Risk düzeylerine göre uygulanması gereken dezenfeksiyon ve sterilizasyon yöntemleri tanımlanmalıdır.							
DOKÜMAN BOYUT	STANDART	SKS PUANI	EVET	HAYIR	K (Karşılıyor) KK (Kısmen Karşılıyor) KM (Karşılmıyor)	ALINAN PUAN	AÇIKLAMA	
SDS04	Malzeme ve cihazların dezenfeksiyonu ile ilgili süreçler ve bu süreçlere ilişkin kurallar tanımlanmalıdır.	40						
SDS04.01	Dezenfeksiyon işlemi yapılması gereken malzeme ve cihazlar belirlenmiş mi?							
SDS04.02	Dezenfeksiyon işlemi uygulanan materyale göre dezenfeksiyon düzeyi, kullanılacak dezenfektan ve kullanım kuralları belirlenmiş mi?							
SDS04.03	Dezenfektanların bulunduğu kap veya konteynerlerin kapakları kapalı tutuluyor mu?							
SDS04.04	Dezenfektanların hazırlandığı kap veya konteynerlerin üzerine hazırlanma tarihi ve son kullanım tarihi yazılıyor mu?							
SDS04.05	Dezenfektanlar üretici firmanın önerdiği konsantrasyon ve temas süresine uygun şekilde kullanılmalı, temas süresi takip ediliyor mu?							
SDS04.06	İlgili çalışanlara dezenfektanların kullanımı hakkında eğitim verilmeli, eğitim asgari aşağıdaki konuları içeriyor mu? o Dezenfektan etkinliğinin sağlanması için dikkat edilecek hususlar o Gerekli kişisel koruyucu donanımın kullanımı o Havalandırma koşulları o Kaza durumunda yapılacaklar o Dezenfeksiyon etkinliğini bozan durumların bildirimini o Dezenfektanların saklanma koşulları							
SDS04.07	Dezenfektanlar uygun şekilde bertaraf ediliyor mu?							
SDS04.08	Dezenfeksiyon işlemlerinin belirlenen kurallar çerçevesinde uygulanma durumu, ilgili sorumlular tarafından izleniyor mu?							



NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
AĞIZ VE DIŞ SAĞLIĞI MERKEZİ
ÖZ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
KY.FR.09	ARALIK 2023	0	0	72

DOKÜMAN BOYUT	STANDART	SKS PUANI			K (Karşılıyor) KK (Kısmen Karşılıyor) KM (Karşılmıyor)	ALINAN PUAN	AÇIKLAMA
			EVET	HAYIR			
SDS05	Yüksek düzey dezenfektanlarla gerçekleştirilen uygulamaların kontrolü ve güvenliği sağlanmalıdır	50					
SDS05.01	Yüksek düzey dezenfektanların hazırlanması, uygulanması, kontrolü ve bertarafına yönelik süreçler tanımlanmış mı?						
SDS05.02	Yüksek düzey dezenfektan kullanılan alanlar tanımlanmalı ve bu alanlarda uygun havalandırma koşulları sağlanmış mı?						
SDS05.03	Yüksek düzey dezenfektanın minimal etkin konsantrasyonu(MEK)indikatörlerle belirlenen sıklıkta kontrol edilmeli ve kayıt altına alınıyor mu? o Yüksek düzey dezenfeksiyon amacıyla kullanılan dezefektana yönelik uygun MEK testi yapılmalıdır. o Test materyali dezenfektanla uyumlu olmalı, "pH ölçer" bu amaçla kullanılmamalıdır. o Kontrol sıklığı, solüsyonun kullanım sıklığı ve süresi dikkate alınarak kurum tarafından belirlenmelidir. o Test sonucu olumsuz çıktığında veya dezenfektanın kullanım süresi dolduğunda, solüsyon kullanılmamalı ve üzerine ekleme yapılmamalıdır.						



NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
AĞIZ VE DIŞ SAĞLIĞI MERKEZİ
ÖZ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
KY.FR.09	ARALIK 2023	0	0	73

DOKÜMAN BOYUT	STANDART	SKS PUANI	EVET	HAYIR	K (Karşılıyor) KK (Kısmen Karşılıyor) KM (Karşılmıyor)	ALINAN PUAN	AÇIKLAMA
SDS06	Sterilizasyon hizmetlerine ilişkin süreçler ve bu süreçlere yönelik kurallar tanımlanmalıdır.	30					
SDS06.01	Sterilizasyon hizmetlerine ilişkin süreçler ve süreçlerin işleyişine ilişkin kurallar aşağıdaki konuları içerecek şekilde tanımlanmış mı? o Sterilizasyon ünitesinde yer alan fiziki alanlar o Uygulanan hizmetlere ilişkin gerekli ekipman, çalışma koşulları ve kuralları o Aletlerin; * Üniteye transferi * Yıkama * Hazırlık ve kontrol alanına taşınması * Sayımı ve kontrolü * Paketlenmesi, steril edilmesi ve depolanması * Kullanım alanına transferine kadar sterilitenin korunması o Yıkama, paketlenme ve sterilizasyonun etkinliğinin kontrolü o Yıkama, paketlenme ve sterilizasyon sürecinde kullanılan cihazların günlük temizliği ve düzenli aralıklarla bakımı o Hizmetin aksamasına neden olan durumların varlığında (elektrik kesintisi, su kesintisi, cihaz arızaları gibi) izlenmesi gereken yol o Sterilizasyon hizmet alımı söz konusu ise kontrollerin kapsamı, kontrol aralıkları ve sorumlusu o Ödünç set ve malzemelerin planlı ve acil durumlara yönelik sterilizasyon süreci o Tekrar kullanılabilen malzemelerin kullanım koşulları o Olağanüstü durumlarda (afetler, tesis kaynaklı sorunlar, cihaz gaz kaçakları gibi) sterilizasyon hizmetleri ile ilgili alınacak önlemler						
SSH07	Sterilizasyon ünitesine yönelik fiziki düzenleme yapılmalıdır.	40					
SDS07.01	Sterilizasyon ünitesinde kirli ve temiz alanlar ile steril depolama ve destek alanları tanımlanmış mı?						



NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
AĞIZ VE DIŞ SAĞLIĞI MERKEZİ
ÖZ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
KY.FR.09	ARALIK 2023	0	0	74

DOKÜMAN BOYUT	STANDART	SKS PUANI	EVET HAYIR		K (Karşılıyor) KK (Kısmen Karşılıyor) KM (Karşılamiyor)	ALINAN PUAN	AÇIKLAMA
			EVET	HAYIR			
SDS07.02	Alanlara göre uygun sıcaklık ve nem aralıkları belirlenmeli, sıcaklık ve nem takipleri yapılarak sürekli izleniyor mu? o Steril depolama alanında sıcaklık 22oC'yi, nem %60'ı aşmamalıdır. o Çalışma alanlarında sıcaklık 18-25°C, nem %35-70 olmalıdır.						
SDS07.03	Steril depolama alanına giriş kontrollü olmalı, steril olmayan malzeme ve tıbbi cihazlar bu alanda bulunuyor mu?						
SDS07.04	Tüm yüzeyler pürüzsüz, gözeneksiz, kolay temizlenebilir ve dezenfekte edilebilir nitelikte mi?						
SDS07.05	Sterilizasyon ünitesinde havalandırma sistemi kesintisiz çalışmalı, hava akımı steril alandan temiz alana ve kirli alana doğru yapılıyor mu?						
SDS07.06	Su, aydınlatma, kesintisiz güç kaynağı gibi sistemler, sterilizasyon süreçlerinin güvenlik ve etkinliğinin sürdürülmesini sağlayacak şekilde oluşturulmuş mu? o Su, aydınlatma, kesintisiz güç kaynağı gibi sistemlerin rutin kontrolleri, yetkin teknik personel tarafından yapılmalıdır. o Sterilizasyon ünitesinde yıkama dezenfektörlerinin son durulama suyu, termal dezenfeksiyonda kullanılan su ve buhar sterilizatörlerde kullanılan su demineralize olmalıdır. o Demineralize suyun kalitesini ölçmeye yönelik süreçler ve kontrol aralıkları tanımlanmalıdır. * Suyun iletkenliği her gün ölçülmeli ve kaydedilmelidir. * En az altı ayda bir kez demineralize suyun kimyasal ve mikrobiyolojik kontrolü yapılmalıdır. o Mikrobiyolojik kontaminasyonun engellenmesi için demineralize suyun büyük oranlarda depolanmasından kaçınılmalı, suyun sıcaklığı kontrol edilmeli ve depolama alanı düzenli olarak temizlenmelidir. o Çalışma alanlarının özelliğine göre gerekli aydınlatma düzeyleri (kontrol ve paketleme alanları 1000 lüks, yükleme ve boşaltma alanları 600-800 lüks gibi) belirlenmelidir.						



NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
AĞIZ VE DIŞ SAĞLIĞI MERKEZİ
ÖZ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
KY.FR.09	ARALIK 2023	0	0	75

DOKÜMAN BOYUT	STANDART	SKS PUANI			K (Karşılıyor) KK (Kısmen Karşılıyor) KM (Karşılmıyor)	ALINAN PUAN	AÇIKLAMA
			EVET	HAYIR			
SDS07.07	Kirli, temiz ve steril depolama alanları arasındaki geçiş noktalarında el hijyenini sağlamaya yönelik ekipman (lavabo, sıvı sabun, el antiseptiği gibi) bulunuyor mu?						
SDS08	Kirli malzemelerin teslim alınması ve yıkanması ile ilgili süreçler kontrol altına alınmalıdır.	40					
SDS08.01	Sterilize edilecek malzemelerin teslim alınması, yıkanması ve yıkama etkinliğinin izlenmesine ilişkin kurallar ulusal ve uluslararası rehberler doğrultusunda belirleniyor mu?						
SDS08.02	Kirli malzemeler sayımı yapılarak teslim alınmalı, malzemenin adı, sayısı, geldiği birim, geliş tarihi ve saati, teslim eden ve alan kişilerin bilgileri kayıt altına alınıyor mu? o Sivri uçlu aletler için gerekli tedbirler alınmalıdır (örneğin, süzgeçli dekontaminasyon küveti kullanılması, sayımların presel ile yapılması gibi).						
SDS08.03	Yıkamada kullanılan ekipman, kimyasallar ve fiziksel parametreler (sıcaklık, konsantrasyon, makine kullanılıyorsa çevrim parametreleri gibi) dekontamine edilecek malzemelerle uyumlu mu?						
SDS08.04	Yıkama etkinliğinin izlenmesine ilişkin süreç asgari aşağıdaki kontrol basamaklarını içeriyor mu? o Yıkama cihazlarının döngü raporları her yıkama sonrasında değerlendirilmelidir. Çıktı alınamayan cihazlarda harici fiziksel kontrol yöntemleri uygulanmalıdır. o Fiziksel çıktıların kontrolüne ek olarak aşağıdaki kontrollerden biri en az haftada bir kez uygulanmalıdır: * Sıcaklık zaman parametrelerini gösteren elektronik kontrol sistemleri * Yıkama indikatörleri ile kontrol o En az iki haftada bir kez protein kalıntı testleri yapılmalıdır. o Yıkama kontrolü, kullanımda olan lümenli aletleri de kapsamalıdır.						
SDS08.05	Yıkama alanları ve cihazlarının bakım ve temizliği ile ilgili süreçler tanımlanıyor mu?						
SDS09	Paketleme ve yükleme süreçleri kontrol altına alınmalıdır.	40					



NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
AĞIZ VE DIŞ SAĞLIĞI MERKEZİ
ÖZ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
KY.FR.09	ARALIK 2023	0	0	76

SDS09.01	Paketlemeye ilişkin kurallar, ulusal ve uluslararası rehberler doğrultusunda belirleniyor mu?						
DOKÜMAN BOYUT	STANDART	SKS PUANI	EVET	HAYIR	K (Karşılıyor) KK (Kısmen Karşılıyor) KM (Karşılmıyor)	ALINAN PUAN	AÇIKLAMA
SDS09.02	Malzemeler, malzeme listesi ile temiz alana teslim alınıyor mu?						
SDS09.03	Paket içeriği, temizlik, bütünlük ve hasar açısından kontrol edilmeli ve gerekli bakım uygulamaları yapılıyor mu?						
SDS09.04	Paketleme işlemi temiz alanda gerçekleştiriliyor mu? o Tekstil malzemeler diğer malzemelerden ayrı bir alanda paketlenmelidir.						
SDS09.05	Paketlemede kullanılacak malzemeler uygulanacak sterilizasyon yöntemi ile uyumlu olmalı, sterilizasyonun etkinliğini ve steril paketlerin güvenli muhafazası sağlıyor mu?						
SDS09.06	Paketlerin sterilizasyon cihazına yüklenmesine ilişkin kurallar tanımlanıyor mu, sterilizasyon etkinliğini azaltacak şekilde fazla ve sıkışık yükleme yapılmamasına dikkat ediliyor mu?						
SDS10	Sterilizasyon işleminin etkinliği sağlanmalıdır.	50					
SDS10.01	Sterilizasyon etkinliğinin izlenmesine yönelik ünite tarafından izlenecek yöntem ve süreçler (parametrik validasyon, biyolojik validasyon, rutin kimyasal ve biyolojik indikatör kullanımı gibi) tanımlanıyor mu?						
SDS10.02	Sterilizatörlerin kurulum ve işletim yeterliliği üretici firma tarafından kanıtlanmış mı?						
SDS10.03	Sterilizasyon cihazlarının program döngüleri izlenip kaydediliyor mu?						
SDS10.04	İşleme girmiş ve girmemiş paketlerin birbirinden ayrılabilmesi için her paket üzerinde işlem indikatörü kullanılıyor mu?						
SDS10.05	Ünite tarafından sterilizasyon etkinliğinin rutin olarak izlenmesinde paket içi kimyasal indikatör uygulaması tanımlanmış ise, her pakete, paket içeriğinin niteliğine göre uygun özelliklere sahip kimyasal indikatör konuluyor mu?						



NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
AĞIZ VE DIŞ SAĞLIĞI MERKEZİ
ÖZ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
KY.FR.09	ARALIK 2023	0	0	77

DOKÜMAN BOYUT	STANDART	SKS PUANI	EVET	HAYIR	K (Karşılıyor) KK (Kısmen Karşılıyor) KM (Karşılmıyor)	ALINAN PUAN	AÇIKLAMA
SDS10.06	<p>Ünite tarafından sterilizasyon etkinliğinin rutin olarak izlenmesinde biyolojik indikatör uygulaması tanımlanmış ise, uygulama asgari aşağıdaki kurallar çerçevesinde gerçekleştiriliyor mu?</p> <p>o Sterilizasyon yöntemine göre biyolojik indikatör kullanım sıklığı aşağıdaki şekildedir:</p> <ul style="list-style-type: none">* Buharlı basınç sterilizasyonunda, parametrik ürün teslimi yapılamıyorsa en az haftada bir kez ve implant içeren her yükte* Etilen oksit sterilizasyonunda her döngüde* Formaldehit sterilizasyonunda her döngüde* H2O2 sterilizasyonunda her döngüde <p>o Biyolojik indikatör kullanıldığında;</p> <ul style="list-style-type: none">* Cihazların ilk kurulum çevrimleri ve büyük onarımlarından sonra arka arkaya üç negatif sonuç alındıktan sonra kullanım başlatılmalıdır.* Biyolojik indikatör sonucu kayıt altına alınmalıdır.* İndikatörün her farklı üretim serisi için bir pozitif kontrol testi yapılmalıdır.* Biyolojik indikatör sonucunun pozitif olması durumunda son negatif sonuçtan itibaren teslim edilen malzemeler geri çağrılmalı, tekrar steril edilmeli, malzemeler hastalara kullanılmış ise ilgili hastalar enfeksiyon kontrol komitesince izlenmelidir. Cihazın bakım kontrolleri yapılmalı, kullanımına üç negatif biyolojik kontrol sonrasında izin verilmelidir.* Biyolojik indikatör inkübatörü belirlenen aralıklarda ve gerektiğinde kalibre edilmelidir.						
SDS11	Basınçlı buhar otoklavlarının günlük bakım ve kontrolleri yapılmalıdır.	40					
SDS11.01	Basınçlı buhar otoklavlarının periyodik bakımı üretici firma önerileri doğrultusunda gerçekleştiriliyor mu?						
SDS11.02	Basınçlı buhar otoklavları için vakum kaçak testi yapılıyor mu? o Vakum kaçağı 1 milibar/dakikadan az ise haftada bir kez yapılmalıdır. o 1 milibar/dakikadan fazla ise her gün yapılmalıdır. o Vakum kaçağı 1,3 milibar/dakika üzerinde ise cihazın çalışması durdurulmalıdır. o Vakum kaçak test sonuçları izlenebilir olmalıdır.						



NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI MERKEZİ
ÖZ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
KY.FR.09	ARALIK 2023	0	0	78

SDS11.03	Her gün cihaz boşken ve sterilizasyon işlemine başlamadan önce Bowie-Dick testi uygulanıp kayıt altına alınıyor mu?						
DOKÜMAN BOYUT	STANDART	SKS PUANI	EKET	HAYIR	K (Karşılıyor) KK (Kısmen Karşılıyor) KM (Karşılmıyor)	ALINAN PUAN	AÇIKLAMA
SDS12	Steril malzemeler uygun şekilde muhafaza edilmelidir.	40					
SDS12.01	Steril malzemeler steril depolama alanında muhafaza ediliyor mu? o Havalandırma sistemi, havanın steril depolama alanından pozitif basınçla dışarı akışını sağlayacak şekilde tasarlanmalıdır. Dış hava ile doğrudan temas olmamalıdır. o Steril malzeme depolarında malzeme rafları yerden en az 30 cm yukarıda, en üst rafa malzeme konduktan sonra tavana mesafesi en az 50 cm olacak şekilde, hava sirkülasyonu için duvardan en az 5 cm önde olmalıdır. o Steril depolama rafları kolay temizlenebilir olmalı, depolanan ürünün etrafındaki havanın serbest dolaşımına izin vermelidir.						
SDS12.02	Steril depodan çıkan malzemeler, paketi açılmasa dahi yeniden steril edilmeden depoya kabul edilmemesine dikkat ediliyor mu?						
SDS12.03	Steril malzemelerin üzerinde sterilizasyonun yapıldığı cihaz ve sterilizasyonu yapan çalışan için tanımlayıcı, sterilizasyon tarihi ve raf ömrü bulunuyor mu?						



NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI MERKEZİ
ÖZ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
KY.FR.09	ARALIK 2023	0	0	79

DOKÜMAN BOYUT	STANDART	SKS PUANI	EVET	HAYIR	K (Karşılıyor) KK (Kısmen Karşılıyor) KM (Karşılmıyor)	ALINAN PUAN	AÇIKLAMA
SDS12.04	Steril malzemelerin raf ömrü, paketleme kat sayısı, paketleme gereçleri, diğer koruyucu etkenler (kapalı kutu, toz örtüsü, taşıma arabası gibi), depolama yeri gibi faktörler göz önünde bulundurularak belirleniyor mu?						
SDS13	Sterilizasyon süreci izlenebilir olmalıdır.	40					



NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI MERKEZİ
ÖZ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
KY.FR.09	ARALIK 2023	0	0	80

SDS13.01	<p>Sterilizasyon işlemlerinin her aşamasında (malzemenin teslim alınması, yıkanması, paketlenmesi, sterilize edilmesi, depolanması, kullanım alanına transferi); zaman, cihaz, yöntem, uygulayıcı ve kontrol parametrelerine ilişkin kayıtlar bulunuyor mu?</p> <p>o Sterilizasyon işlemi ile ilgili kayıtlarda asgari aşağıdaki bilgilere ulaşılabilmelidir:</p> <ul style="list-style-type: none">* Yıkama ve termal dezenfeksiyon etkinliğini gösteren performans testleri* Döngü sonrası paketlerin nem ve maruziyet bandı açısından kontrolü* Sterilizasyon etkinliği kimyasal ve biyolojik indikatörler ile izleniyor ise indikatör kontrol sonuçları* Hangi tarihte, hangi yöntem ile hangi döngüde steril edildiği* Sterilizasyon cihazına ait bakım, onarım, kalibrasyon kayıtları* Cihaz döngü kayıtları* Cihaza ilişkin test sonuçları (vakum kaçak testi, Bowie-Dick test gibi)* Kim tarafından ne zaman teslim alındığı ve teslim edildiği* Hangi aşamada kim tarafından işlemin uygulandığı* Varsa diğer aşamalarda gerçekleştirilen kalite kontrol çalışmalarına ilişkin kayıtlar					
SDS13.02	<p>Steril malzemeye ilişkin tanımlayıcı bilgiler hasta dosyasında da bulunmalı, hangi malzemenin hangi hastaya kullanıldığı kaydediliyor mu?</p> <p>o Hastaya kullanılan malzemelerin kayıtlarına geriye dönük olarak ulaşılabilmelidir.</p>					

İLGİLİ BÖLÜM TOPLAM PUANI: KURUM ÖZ DEĞERLENDİRME PUANI: KURUM SKS BÖLÜM PUANI :

DENETLENEN BÖLÜM SORUMLULARI	İMZA	ÖZ DEĞERLENDİRME EKİBİ	İMZA



NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
AĞIZ VE DIŞ SAĞLIĞI MERKEZİ
ÖZ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
KY.FR.09	ARALIK 2023	0	0	81

RADYASYON GÜVENLİĞİ							Tarih:
DOKÜMAN BOYUT	STANDART	SKS PUANI	EVET	HAYIR	K (Karşılıyor) KK (Kısmen Karşılıyor) KM (Karşılmıyor)	ALINAN PUAN	AÇIKLAMA
SRG01	Radyasyondan korunma sorumlusu belirlenmeli ve sorumlulukları tanımlanmalıdır.	40					
SRG01.01	Radyasyondan korunma sorumlusunun sorumluluk alanları aşağıdaki hususları içerecek şekilde tanımlanıyor mu? o Denetimli ve gözetimli alanların belirlenmesi o Hasta, hasta yakını, çalışanlar ve toplumun radyasyonun zararlı etkilerinden korunmasına yönelik gerekli tedbirlerin belirlenmesi ve uygulanması o Çevresel radyasyon ölçümlerinin takibi o Radyasyon cihazları veya kaynaklarının bakım ve kalibrasyonunun takibi o Tespit edilen uygunsuzluklar ile gerekli iyileştirme faaliyetlerinin üst yönetime raporlanması ve izlenmesi						
SRG02	Radyasyon güvenliği kapsamında ele alınması gereken alanlar belirlenmelidir.	30					
SRG02.01	Radyasyon alanları tanımlanarak radyasyon düzeylerine göre denetimli ve gözetimli alan olarak sınıflandırılmış mıdır?						
SRG02.02	Denetimli alanlara giriş ve çıkışlar kontrollü mü?						
SRG02.03	Gözetimli alanlarda ortam radyasyon seviyelerinin nasıl takip edileceği tanımlanmalı, gerekli ölçümlerin yapılması sağlanmalı ve kayıtları tutuluyor mu?						
SRG02.04	Radyasyon alanlarında gerekli güvenlik tedbirleri alınıyor mu?						
SRG03	Radyasyon yayan cihazların bulunduğu alanlara yönelik düzenleme yapılmalıdır.	50					
SRG03.01	Radyasyon yayan cihazların bulunduğu alanlara yönelik yetkili kurum veya kuruluşlarca oluşturulmuş lisans belgesi bulunuyor mu?						
SRG03.02	Radyasyon uygulamaları yapılırken görüntüleme ünitesinin kapıları kapalı tutuluyor mu?						
SRG03.03	Radyasyon alanlarında hasta ve çalışanları uyarmaya yönelik araçlar (radyasyon uyarı işaretleri, ışıklı levha vb.) kullanılıyor mu?						
SRG03.04	Radyasyon alanlarında uygun havalandırma koşulları sağlanıyor mu?						



NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
AĞIZ VE DIŞ SAĞLIĞI MERKEZİ
ÖZ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
KY.FR.09	ARALIK 2023	0	0	82

DOKÜMAN BOYUT	STANDART	SKS PUANI			K (Karşılıyor) KK (Kısmen Karşılıyor) KM (Karşılmıyor)	ALINAN PUAN	AÇIKLAMA
			EVET	HAYIR			
SRG03.05	Bekleme salonları radyasyon alanlarının dışında bulunmalı, tetkik yapılacak hastaların denetimli alana geçişinin kontrollü bir şekilde yapılmasına yönelik düzenleme bulunuyor mu?						
SRG03.06	Radyasyon yayan portable cihazların kullanımında radyasyon güvenliğini sağlamaya yönelik gerekli tedbirler alınıyor mu?						
SRG04	Radyolojik işlemlere ait çekim protokolleri hazırlanmalıdır.	50					
SRG04.01	Çekim protokollerinde, işlemin türüne göre, hasta kilosu, yaşı vb. değişkenler dikkate alınarak radyasyon dozu, çekim süresi, görüntü açısı gibi parametreler belirleniyor mu?						
SRG04.02	Çalışanlara çekim protokolleri ile ilgili eğitim veriliyor mu? o Çekim protokolünü otomatik belirleyen cihazların varlığı durumunda da kullanıcılara, çekim protokollerinin amacı, önemi, temel prensipleri, kullanılan cihazın teknik özellikleri ve dikkat edilmesi gereken hususlar hakkında eğitim verilmelidir.						
SRG05	Hasta ve yakınlarının radyasyondan korunmasına yönelik tedbirler alınmalıdır.	50					
SRG05.01	Hastalar ve yakınları için radyasyon koruyucular kullanılıyor mu? o Hastalar ve yakınları için radyasyon koruyucularının kullanımına yönelik kurallar belirlenmelidir. o Hasta profiline göre farklı ebatlarda radyasyon koruyucular (tiroid koruyucu, kurşun eşdeğerli gözlük gibi) bulunmalıdır.						
SRG05.02	Hasta yakınları gerekmedikçe görüntüleme alanına alınmamalı, alınması durumunda koruyucu donanım kullanımı sağlanıyor mu?						
SRG05.03	Radyasyon koruyucularının kontrollerine yönelik süreç tanımlanıyor mu? o Radyasyon koruyuculara yönelik kontrol süreci belirlenmelidir. o Radyasyon koruyucularının kontrolleri en az yılda bir kez ve gerektiğinde yapılmalı, kontrol sonuçları radyoloji uzmanı tarafından onaylanmalıdır. o Rutin dışı kontrollerin hangi durumlarda yapılması gerektiği belirlenmelidir.						



NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
AĞIZ VE DIŞ SAĞLIĞI MERKEZİ
ÖZ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
KY.FR.09	ARALIK 2023	0	0	83

DOKÜMAN BOYUT	STANDART	SKS PUANI			K (Karşılıyor) KK (Kısmen Karşılıyor) KM (Karşılmıyor)	ALINAN PUAN	AÇIKLAMA
			EVET	HAYIR			
SRG05.04	Gebe ve gebelik potansiyeli olan hastalara yönelik dikkat edilmesi gereken kurallar belirleniyor mu? o Gebe ve gebelik şüphesi olanlar için tıbbi ışınlama yapılması zorunlu ise radyasyon güvenliği konusunda bilgilendirilmeli ve koruyucu tedbirler alınmalıdır. o Gebe ve gebelik şüphesine yönelik sorgulamalar, istem sürecinde ve uygulama sürecinde olmak üzere ayrı ayrı yapılmalıdır.						
SRG05.05	Çocuk hastalara yönelik çekimlerde dikkat edilmesi gereken hususlar belirlenmeli, maruziyeti azaltmaya yönelik tedbirler alınmalı ve çekim tekrarları en aza indiriliyor mu?						
SRG06	Çalışanların radyasyondan korunmasına yönelik tedbirler alınmalıdır.	50					
SRG06.01	Çalışanların koruyucu donanım kullanması sağlanıyor mu? o Çalışanların ihtiyaçları çerçevesinde, farklı ebatlarda radyasyon koruyucular bulunmalıdır.						
SRG06.02	Çalışanların bireysel dozimetre kullanımı sağlanıyor mu? o Dozimetreler, kullanan kişinin ismine kayıtlı olmalıdır. o Çalışanların dozimetre takipleri yapılmalıdır. Her çalışan için; * Her dozimetre takip dönemi sonundaki radyasyon dozu kayıt altına alınmalıdır. * Yıllık toplam radyasyon dozu hesaplanmalıdır. * Radyasyon dozları dönemsel ve yıllık olarak yasal sınırlarla kıyaslanmalıdır. * Dozimetre sonuçları değerlendirilerek gerektiğinde iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.						
SRG07	Denetimli alanlar dışında yapılan çekimlerde hasta, hasta yakını ve çalışanların radyasyondan korunmasına yönelik tedbirler alınmalıdır.	50					



NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI MERKEZİ
ÖZ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
KY.FR.09	ARALIK 2023	0	0	84

DOKÜMAN BOYUT	STANDART	SKS PUANI	EVET	HAYIR	K (Karşılıyor) KK (Kısmen Karşılıyor) KM (Karşılmıyor)	ALINAN PUAN	AÇIKLAMA
SRG08	Radyasyon alanlarında çalışan personele, radyasyon güvenliğinin sağlanmasına yönelik yılda en az bir kez eğitim verilmelidir.	30					
İLGİLİ BÖLÜM TOPLAM PUANI:		KURUM ÖZ DEĞERLENDİRME PUANI:		KURUM SKS BÖLÜM PUANI :			
DENETLENEN BÖLÜM SORUMLULARI	İMZA	ÖZ DEĞERLENDİRME EKİBİ		İMZA			



NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
AĞIZ VE DIŞ SAĞLIĞI MERKEZİ
ÖZ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
KY.FR.09	ARALIK 2023	0	0	85

DİŞ PROTEZ LABORATUVARI HİZMETLERİ							Tarih:
DOKÜMAN BOYUT	STANDART	SKS PUANI	EVET	HAYIR	K (Karşılıyor) KK (Kısmen Karşılıyor) KM (Karşılmıyor)	ALINAN PUAN	AÇIKLAMA
SDP01	Diş protez laboratuvarının fiziki ortamına yönelik düzenleme yapılmalıdır.	30					
SDP01.01	Kurum içerisinde yapılacak protetik işlemler tanımlanmış ve bu iş tanımına uygun fiziksel alt yapı sağlanıyor mu?						
SDP01.02	Diş protez laboratuvarında; hastaya ait protetik materyalin uygun koşullarda kabulü, işlem öncesi hazırlanması, işlem sonrası protezin teslimi gibi süreçler için gerekli alanlar ve bu alanlara yönelik kurallar belirlenmiş mi? Tanımlanan alanlarda; o Alan büyüklüğü o Alanın etkin ve güvenli kullanımına yönelik planlama o Havalandırma koşulları o Giriş ve çıkışa yönelik düzenlemeler gibi fiziki koşullar belirlenmeli ve uygulanmalıdır.						
SDP01.03	Havalandırma sisteminin düzenli olarak bakımı yapılmalı, gerekli görülen periyotlarda filtreler değiştiriliyor mu?						
SDP02	Protez yapım süreci ile ilgili işlem öncesi süreçlerin kontrolü sağlanmalıdır.	50					



NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
AĞIZ VE DIŞ SAĞLIĞI MERKEZİ
ÖZ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
KY.FR.09	ARALIK 2023	0	0	86

DOKÜMAN BOYUT	STANDART	SKS PUANI	EVET	HAYIR	K (Karşılıyor) KK (Kısmen Karşılıyor) KM (Karşılmıyor)	ALINAN PUAN	AÇIKLAMA
SDP02.01	Laboratuvarda bulunan toz ve kimyasalların güvenli kullanımına yönelik kurallar belirleniyor mu? o Laboratuvarda çalışan tüm personel için güvenlik gözlükleri ve endüstriyel tip toz maskeleri bulunmalıdır. o Tozlu işlem yapılan masalar tozun kaynağında bertarafına yönelik vakumlu toz emicili olmalıdır. o Kurumda kumlama cihazı varsa ortama kum yaymaması için gerekli tedbirler alınmalıdır. o Alçı depolama, alçı kesme ve ölçü dökümü işlemleri diğer çalışma alanlarından ayrı bir odada veya alanda yapılmalıdır. Bu çalışma ortamının yeterli havalandırılması sağlanmalıdır. o Akril hazırlama alanları genel ortamdan ayrı ve bağımsız şekilde havalandırılmalı ve işlemin kabinde yapılması sağlanmalıdır. o İşlem kabinlerinin bakımları düzenli aralıklarla yapılmalı, gerekli görülen periyotlarda filtreler değiştirilmelidir.						
SDP02.02	Çalışanların sağlığı için risk oluşturabilecek toz ve kimyasal maddelere yönelik iş hijyeni ölçümleri ve analizi düzenli aralıklarla yapılıyor mu? o Ölçümler; alınan kontrol tedbirlerinin etkinliğinin değerlendirilmesi açısından ve çalışma ortamında kimyasal maddelere maruziyeti etkileyebilecek herhangi bir değişiklik olduğunda tekrarlanmalıdır.						
SDP02.03	Çalışanlara toz ve kimyasalların güvenli kullanımı ile ilgili eğitim veriliyor mu?						
SDP03	Protez yapım süreci ile ilgili işlem öncesi süreçlerin kontrolü sağlanmalıdır.	50					
SDP03.01	Ölçü alımı ile ilgili kurallar tanımlanıyor mu? o Ölçü alımı ile ilgili genel kurallar belirlenmelidir. o Ölçünün alındığı zaman doğru şekilde kaydedilmelidir. o Ölçünün alınması, ölçünün laboratuvara kabulü ve model oluşturma (alçı dökümü) işleminin başladığı zaman, fiziki veya elektronik ortamda ayrı birer aşama olarak kayıt altına alınmalı ve yetkili kullanıcılar tarafından izlenebilmelidir.						



NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
AĞIZ VE DIŞ SAĞLIĞI MERKEZİ
ÖZ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
KY.FR.09	ARALIK 2023	0	0	87

SDP03.02	Protetik materyalin transferi ile ilgili kurallar tanımlanıyor mu? o Protetik materyalin laboratuvara taşınması sırasında kullanılması gereken transfer kabı, transfer yöntemi gibi hususlar konusunda ilgili personele bilgilendirme yapılmalıdır. o Protetik materyal için maksimum kabul edilebilir transfer süreleri belirlenmelidir. o Transferin doğru yöntemle ve belirlenen süre içerisinde gerçekleştirilmesi için görevli personele konu ile ilgili eğitim verilmelidir.						
SDP03.03	Protetik materyalin laboratuvara kabulü ve işleme hazırlanması ile ilgili kurallar tanımlanıyor mu? o Protetik materyalin kabulü ile ilgili kayıtlarda tarih ve saat, materyali gönderen bölüm/hekim, kim tarafından kabul edildiğine dair bilgiler yer almalıdır. o Protetik materyal, laboratuvara kabulü yapılmadan çalışmaya alınmamalıdır. o Protetik materyalin kabulü bilgi yönetim sistemi üzerinden yapılmalıdır. o İlgili personel kabul işlemlerinin nasıl yapılacağı yönünde eğitilmelidir.						
DOKÜMAN BOYUT	STANDART	SKS PUANI	EVET	HAYIR	K (Karşılıyor) KK (Kısmen Karşılıyor) KM (Karşılmıyor)	ALINAN PUAN	AÇIKLAMA
SDP03.04	Gerektiğinde ölçünün yenilenmesine dair kurallar belirlenmeli ve ilgili dış hekimlerine bilgi verilmesi sağlanıyor mu?						
SDP03.05	İlgili sağlık çalışanlarına; diş protez laboratuvarında yürütülen işlemlere yönelik genel bilgi ile protetik materyalin güvenli transferi, diş protez laboratuvarına kabulü ve işlem öncesi hazırlanması hakkında eğitim veriliyor mu?						
SDP04	Protezin yapımına ilişkin süreçlerin kontrolü sağlanmalıdır.	50					
SDP04.01	Modelin oluşturulmasına ilişkin aşamalar tanımlanmalı, aşamalara ilişkin kurallar belirleniyor mu?						
SDP04.02	Model oluşturulduktan sonra protezin tamamlanmasına kadar tüm aşamalar tanımlanmalı, bu aşamalara ilişkin kurallar belirleniyor mu?						
SDP04.03	Belirlenen kurallara ilişkin ilgili çalışanlara eğitim veriliyor mu?						
SDP04.04	Protezin uygunluğuna ilişkin kriterler tanımlanmalı ve değerlendiriliyor mu?						



NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI MERKEZİ
ÖZ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
KY.FR.09	ARALIK 2023	0	0	88

SDP05	Protez yapım sürecinde kullanılan cihazların kontrolü sağlanmalı, güvenli ve verimli kullanımına yönelik düzenleme yapılmalıdır.	50					
SDP05.01	Cihazlara yönelik tanımlayıcı bilgiler kayıt altına alınmalıdır. Bu kayıtlarda asgari aşağıdaki bilgiler yer alıyor mu? o Cihazın adı o Cihazın markası ve modeli o Üretim ve hizmete girdiği tarihi o Seri numarası o Temsilci firma bilgisi o Cihazın kalibrasyona tabi olup olmadığı						
SDP05.02	Cihaz bazında cihaz yönetim dosyası bulunuyor mu?						
SDP05.03	Kullanıcılara, cihaz kullanımı, cihazın bakım ve temizliği, cihaz kullanımı sırasında en sık karşılaşılan sorunlar ve bu sorunların nasıl giderilmesi gerektiği gibi konularda eğitim veriliyor mu?						
SDP05.04	Cihazların periyodik bakım ve kalibrasyonlarının yapılması sağlıyor mu?						
SDP05.05	Cihaz arızaları, arıza bildirim ve onarım süreçleri kayıt altına alınıyor mu?						
DOKÜMAN BOYUT	STANDART	SKS PUANI	EVET	HAYIR	K (Karşılıyor) KK (Kısmen Karşılıyor) KM (Karşılmıyor)	ALINAN PUAN	AÇIKLAMA
SDP06	Protez teslimine ilişkin kurallar tanımlanmalıdır.	50					
SDP06.01	Protez, laboratuvar tarafından protez teslim raporu ile teslim ediliyor mu? o Protez teslim raporunda bulunması gereken asgari bilgiler aşağıda belirtilmiştir: * Ölçünün alındığı tarih ve saat * Ölçünün laboratuvara kabul edildiği tarih ve saat * Model oluşturulması işleminin başladığı tarih ve saat * Protezin teslim raporunun kayıt altına alındığı tarih ve saat						
SDP06.02	Hazırlanan protezler hekime ve hastaya teslim edilirken kayıt altına alınıyor mu?						
SDP07	Hasta, protez teslim süresi ve protez kullanımı hakkında bilgilendirilmelidir.	30					
SDP07.01	Protez teslim süreleri kurum koşulları ve ihtiyaçları gözetilerek belirleniyor mu?						
SDP07.02	Hastalar protez teslim süresi hakkında bilgilendiriliyor mu?						



NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI MERKEZİ
ÖZ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
KY.FR.09	ARALIK 2023	0	0	89

SDP07.03	Herhangi bir nedenle protezin teslimi ile ilgili bir gecikme söz konusu olduğunda hasta bilgilendirmesinin nasıl yapılacağı belirleniyor mu?						
SDP07.04	Hasta, protez kullanımına yönelik kurallar açısından bilgilendiriliyor mu?						
DOKÜMAN BOYUT	STANDART	SKS PUANI	EVET	HAYIR	K (Karşılıyor) KK (Kısmen Karşılıyor) KM (Karşılıyor) KM (Karşılmıyor)	ALINAN PUAN	AÇIKLAMA
SDP08	Diş protez laboratuvarı ile ilgili süreçlerin izlenebilirliği sağlanmalıdır.	30					



NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI MERKEZİ
ÖZ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
KY.FR.09	ARALIK 2023	0	0	90

SDP08.01	<p>Ölçü ve protezin tüm süreçlerde izlenebilir olmasını sağlamaya yönelik kayıtlar tutuluyor mu?</p> <p>Protez yapım süreci ile ilgili asgari aşağıdaki kayıtlar bulunmalıdır:</p> <ul style="list-style-type: none">o Hastanın adı-soyadıo Protokol numarasıo Muayene tarih ve saatio Muayeneyi yapan diş hekiminin adı-soyadı, bölümüo Ölçü alımında kullanılan materyalo Ölçünün;* Alındığı tarih ve saat* Laboratuvara kabul edildiği tarih, saat ve kim tarafından kabul edildiğio Model oluşturulması işleminin başladığı tarih ve saato Varsa ölçü tekrarı ve sonuçlarıo Prova aşamalarıo Protez teslim raporunun kayıt altına alındığı tarih ve saato Protezin kime ve ne zaman teslim edildiğio Raporu onaylayan çalışanın ve laboratuvar sorumlusunun adı-soyadı						
----------	---	--	--	--	--	--	--

İLGİLİ BÖLÜM TOPLAM PUANI: KURUM ÖZ DEĞERLENDİRME PUANI: KURUM SKS BÖLÜM PUANI :

DENETLENEN BÖLÜM SORUMLULARI	İMZA	ÖZ DEĞERLENDİRME EKİBİ	İMZA



NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
AĞIZ VE DIŞ SAĞLIĞI MERKEZİ
ÖZ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
KY.FR.09	ARALIK 2023	0	0	91

AMELİYATHANE							Tarih:
DOKÜMAN BOYUT	STANDART	SKS PUANI	EVET	HAYIR	K (Karşılıyor) KK (Kısmen Karşılıyor) KM (Karşılmıyor)	ALINAN PUAN	AÇIKLAMA
SAH01	Ameliyathane süreçleri ve bu süreçlere yönelik kurallar tanımlanmalıdır.	20					
SAH01.01	Ameliyathane süreçleri ve süreçlerin işleyişine yönelik kurallar asgari aşağıdaki hususları içerecek şekilde tanımlanıyor mu? o Alanlarına göre ameliyathanede uyulması gereken kurallar o Ameliyathaneye hasta ve çalışan giriş çıkışı ile ilgili uygulamalar o Hastanın; * Ameliyathaneye nakli ve kabulü * Operasyon öncesi hazırlığı * Operasyon süreci * Postoperatif süreçte izlemi * Ameliyathaneden kliniğe devredilmesi ve nakli o Cerrahi öncesi hazırlanma kuralları (cerrahi el yıkama, giyinme, cihaz, ekipman, malzeme ve ilaçların hazırlığı gibi) o Ameliyathanede; * Hasta ve çalışan güvenliği * Tesis güvenliği * İlaç, malzeme ve cihaz yönetimi * Temizlik ve dezenfeksiyon kuralları						
SAH02	Ameliyathane alanlarına yönelik düzenleme yapılmalıdır.	30					
SAH02.01	Ameliyathaneye hasta ve personel giriş çıkış kuralları belirlenmiş mi? o Hasta ve personel girişi ayrı olmalıdır.						
SAH02.02	Ameliyathane alanları en az üç farklı (steril, temiz, serbest alan gibi) kategoride düzenlenmiş mi? o Ameliyathane yapılanması ve işleyişinde kirli ve temiz malzeme trafiğinin ayrı olmasını sağlayacak şekilde düzenleme yapılmalı, alan bazında uyulması gereken kurallar tanımlanmalıdır.						
SAH02.03	Ameliyat odası duvar, tavan ve zeminleri kolay temizlenebilir ve dezenfekte edilebilir özellikte olmalı, duvar birleşim noktaları düzgün ve köşesiz düzenleme yapılmış mı?						



NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
AĞIZ VE DIŞ SAĞLIĞI MERKEZİ
ÖZ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
KY.FR.09	ARALIK 2023	0	0	92

DOKÜMAN BOYUT	STANDART	SKS PUANI			K (Karşılıyor) KK (Kısmen Karşılıyor) KM (Karşılmıyor)	ALINAN PUAN	AÇIKLAMA
			EVET	HAYIR			
SAH03	Ameliyathanede , sıcaklık ve nem değeri izlenmelidir.	30					
SAH03.01	Ameliyat odasında bulunması gereken sıcaklık ve nem değerleri belirlenmiş mi? o Sıcaklık ve nem, her ameliyat odasında ayrı ayrı ayarlanabilir olmalıdır. o Ameliyat odasının sıcaklığı 20-23°C olmalıdır, ameliyatın türüne ve ihtiyaca göre 18-26°C arasında ayarlanabilmelidir. o Bağıl nem minimum %30, maksimum %60 olmalıdır.						
SAH03.02	Ameliyathane alanlarında sıcaklık ve nem kontrolleri yapılıyor mu?						
SAH04	Havalandırma sistemlerine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	40					
SAH04.01	Steril alanlarda HEPA filtreli havalandırma sistemi kullanılıyor mu?						
SAH04.02	Havalandırma sistemleri, saatte en az 15 filtre edilmiş hava değişimi yapılmalı ve bunlardan en az 3'ü (%20) temiz hava ile olmalıdır. Buna dikkatediliyor mu?						
SAH04.03	Havalandırma sisteminin performans testleri düzenli aralıklarla yapılıyor mu?						
SAH04.04	Havalandırma sisteminin bakımı düzenli aralıklarla yapılıyor mu? Gerekli görülen aralıklarda filtreler değiştiriliyor mu?						
SAH05	Elektrik enerjisinin kesintisiz sağlanmasına yönelik düzenleme yapılmalıdır.	40					
SAH05.01	Ameliyathane içi ameliyat odalarında tüm cihazların bağlandığı prizler kesintisiz güç kaynakları ile beslenmeli, diğer odalar ve koridorlarda yeterli sayıda priz kesintisiz güç kaynağı ile destekleniyor mu?						
SAH05.02	Elektrik kesilmesi durumunda kesintisiz güç kaynağının ne kadar süre çalışacağı belirli mi?						
SAH05.03	Kesintisiz güç kaynaklarının bakımı ve kontrolü düzenli aralıklarla yapılıyor mu?						
SAH06	Tbbi gazların basınç düzeyleri izlenmelidir.	30					
	Medikal gaz kontrol panosundan ve anestezi cihazı üzerindeki gösterge panelinden tbbi gazların basınç düzeyleri kontrol edilmeli ve kayıt altına alınıyor mu?						
	Anestezi cihazına entegre olan yedek medikal gaz tüplerinin kontrolü yapılıyor mu?						



NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
AĞIZ VE DIŞ SAĞLIĞI MERKEZİ
ÖZ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
KY.FR.09	ARALIK 2023	0	0	93

DOKÜMAN BOYUT	STANDART	SKS PUANI			K (Karşılıyor) KK (Kısmen Karşılıyor) KM (Karşılmıyor)	ALINAN PUAN	AÇIKLAMA
			EVET	HAYIR			
SAH07	Cerrahi uygulamaların güvenliği sağlanmalıdır.	50					
SAH07.01	Genel, bölgesel ve lokal anestezi ile yapılan tüm operasyonlardan önce cerrahi bölge işaretlemesi yapılmı durumu kontrol ediliyor mu?						
SAH07.02	o ADSH Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi kullanılmasının zorunlu olduğu durumlarda, listenin klinikten ayrılmadan önceki aşaması uygulanmamış ise hasta ameliyathaneye kabul edilmemesi durumu işliyor mu? o ADSH Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi; ameliyathanede liste sorumlusu tarafından "anestezi verilmeden önce", "ameliyat kesisinden önce" ve hasta "ameliyattan çıkmadan önce" uygulanıyor mu?						
SAH07.03	ADSH Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi hasta dosyasında muhafaza ediliyor mu?						
SAH08	Anestezi uygulamalarının güvenliği sağlanmalıdır.	50					
SAH08.01	Hasta preoperatif süreçte anestezi yöntemi ve premedikasyon ihtiyacı açısından değerlendiriliyor mu?						
SAH08.02	Anestezi uygulamalarının güvenliğini sağlamaya yönelik anestezi güvenlik kontrol listesi kullanılıyor mu?						
SAH08.03	Anestezi güvenlik kontrol listesi hasta dosyasında muhafaza edilmelidir.						
SAH09	Cerrahi uygulamaya ait tüm kayıtlar zamanında, eksiksiz ve doğru bir şekilde tutulmalıdır.	40					
SAH09.01	Cerrahi uygulamaya ait tüm kayıtlar (ameliyat notu, operasyona ilişkin kritik hususlar, anestezi formu, hastaya ait bilgiler gibi) bakım ve tedavinin güvenliği ve devamlılığını sağlayacak şekilde tutuluyor mu?						
SAH09.02	Ameliyat notu hasta ameliyathaneden ayrılmadan önce yazılıyor mu?						
SAH09.03	Gerçekleştirilen işlemler, öngörülmeyen durumlar, operasyon ekibinde yer alan üyeler, operasyon başlangıç ve bitiş saatleri ile operasyon sonrası öneriler kayıt altına alınıyor mu?						
SAH09.04	Doku örneği alınması durumunda nereden ve ne kadar alındığı kayıt altına alınıyor mu?						



NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI MERKEZİ
ÖZ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
KY.FR.09	ARALIK 2023	0	0	94

DOKÜMAN BOYUT	STANDART	SKS PUANI			K (Karşılıyor) KK (Kısmen Karşılıyor) KM (Karşılamıyor)	ALINAN PUAN	AÇIKLAMA
			EVET	HAYIR			
SAH10	Tanı amaçlı alınan dokuların güvenliğine yönelik düzenleme bulunmalıdır.	50					
SAH10.01	Cerrahi uygulama sırasında tanı amaçlı alınan dokular uygun örnek kabına alınmalı, doğru ve eksiksiz bir şekilde etiketlenmeli ve uygun şekilde transfer ediliyor mu? Etikette asgari aşağıdaki bilgiler bulunmalıdır: o Hasta adı-soyadı o TC kimlik/protokol numarası o Doğum tarihi o Örnek alınan organ/bölge						
SAH10.02	Doku örneklerinin transferi ve ilgili laboratuvarlara teslim edilmesine ilişkin kurallar belirlenmelidir.						
SAH10.03	İlgili çalışanlara eğitim verilmelidir.						
SAH11	Ameliyat olan hastanın yakınlarının etkin ve zamanında bilgi alabilmelerine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	20					

İLGİLİ BÖLÜM TOPLAM PUANI: KURUM ÖZ DEĞERLENDİRME PUANI: KURUM SKS BÖLÜM PUANI :

DENETLENEN BÖLÜM SORUMLULARI	İMZA	ÖZ DEĞERLENDİRME EKİBİ	İMZA



NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
AĞIZ VE DIŞ SAĞLIĞI MERKEZİ
ÖZ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
KY.FR.09	ARALIK 2023	0	0	95

EVDE SAĞLIK HİZMETLERİ							Tarih:
DOKÜMAN BOYUT	STANDART	SKS PUANI	EVET	HAYIR	K (Karşılıyor) KK (Kısmen Karşılıyor) KM (Karşılmıyor)	ALINAN PUAN	AÇIKLAMA
SES01	Ağız ve diş sağlığına yönelik evde sağlık hizmet süreçleri tanımlanmalıdır.	30					
SES01.01	Ağız ve diş sağlığı hizmetlerine ilişkin süreçler asgari aşağıdaki konuları içerecek şekilde tanımlanıyor mu? o Birime yönlendirilen hasta başvuruları ve onay sürecine yönelik kurallar o Hastaya randevu verilmesi, ilk muayene ve tedavi ziyaretlerinin planlanmasına yönelik süreçler o Hastaların kabul kriterleri o Değerlendirme sonrasında ağız ve diş sağlığı ihtiyaçlarının belirlenmesi o Belirlenen ihtiyaçlara göre ağız ve diş sağlığı tedavisinin uygulanması o İleri tedavi gerekliliği ve acil durumlarda izlenecek yol o Hastaların kuruma transferi ile ilgili süreçler o Hasta yakını eğitimleri						
SES02	Hastaların ağız ve diş sağlığı ile ilgili bakım ihtiyaçları bütüncül bir şekilde değerlendirilmelidir.	40					
SES02.01	Hastaların ağız ve diş sağlığı ile ilgili bakım ihtiyaçları hekim tarafından bütüncül bir yaklaşımla değerlendirilmeli, tespit edilen bilgi ve bulgular ile planlanan bakım eş zamanlı olarak kayıt altına alınmalı, kayıtlar geriye dönük erişilebilir mi?						
SES02.02	Hasta ve yakınının öz bakım kapasitesi, bakım sürecine ilişkin bilgi düzeyi ve uygulama becerisi değerlendiriliyor mu?						



NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI MERKEZİ
ÖZ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
KY.FR.09	ARALIK 2023	0	0	96

DOKÜMAN BOYUT	STANDART	SKS PUANI	EVET	HAYIR	K (Karşılıyor) KK (Kısmen Karşılıyor) KM (Karşılmıyor)	ALINAN PUAN	AÇIKLAMA
SES03	Tanı ve tedavi amacıyla yapılacak tüm işlemlerde hasta kimliği doğrulanmalıdır.	30					
SES03.01	Hasta kimliğinin doğrulanmasına ilişkin süreçler asgari aşağıdaki bilgileri içerecek şekilde tanımlanıyor mu? o Hastalara yönelik kimlik doğrulama uygulamasının nasıl yapılacağı o Hasta ve hasta yakınının kimlik doğrulama konusunda nasıl bilgilendirileceği						
SES03.02	Sağlık çalışanlarına hasta kimliğinin doğrulanması konusunda eğitim veriliyor mu?						
SES04	Hastaya verilen tüm hizmetler kayıt altına alınmalıdır.	40					
SES04.01	Hastanın hizmet alma nedeni ile hastaya tanı, tedavi, takip sürecinde gerçekleştirilen tüm hizmetler ve bu hizmetlerin kim tarafından, ne zaman verildiğine ilişkin bilgi hasta dosyasında izlenebilir mi?						
SES04.02	Hastanın tedavisinin sonlandırılması durumunda, sonlandırılma nedeni, hastanın son durumu ve önerilerin yer aldığı hekim notu hazırlanmalı ve kayıt altına alınıyor mu?						
SES05	Birim çalışanlarının eğitim ihtiyaçları tüm süreçleri kapsayacak şekilde planlanmalı ve gerekli eğitimler verilmelidir.	30					
SES06	Evde sağlık biriminden hizmet alan hastaların gerektiğinde kuruma transferi sağlanmalıdır.	30					



NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI MERKEZİ
ÖZ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
KY.FR.09	ARALIK 2023	0	0	98

DESTEK HİZMETLERİ							
TESİS YÖNETİMİ							Tarih:
DOKÜMAN BOYUT	STANDART	SKS PUANI	EVET	HAYIR	K (Karşılıyor) KK (Kısmen Karşılıyor) KM (Karşılmıyor)	ALINAN PUAN	AÇIKLAMA
DTY01	Bina turları yapılmalıdır.	40					
DTY01.01	Bina turlarını yapmak üzere ekip oluşturulmuş mu? o Ekip, kurumun büyüklüğü ve hizmetlerin çeşitliliği dikkate alınarak oluşturulmalıdır. o Ekipte kurum yönetiminden en az bir kişi bulunmalıdır.						
DTY01.02	Bina turları en az üç ayda bir ve gerektiğinde yapılıyor mu?.						
DTY01.03	Bina turuna ilişkin kayıtlar tutulmalı, tespit edilen uygunsuzluk veya iyileştirmeye açık alanlara yönelik faaliyetler için bir eylem planı hazırlanıyor mu? o İş takibi kontrolüne yönelik süreçler tanımlanmalıdır. o Eylem planı kapsamında alınan kararlar kurum yönetimi ve tesis güvenliği komitesine sunulmalıdır.						
DTY02	Tesis kaynaklı düşmeleri önlemeye yönelik düzenleme yapılmalıdır.	40					
DTY02.01	Tesis kaynaklı düşme olaylarına yönelik risk değerlendirmesi yapılıyor mu?						
DTY02.02	Tespit edilen risklere yönelik gerekli tedbirler alınıyor mu? o Tutunma barlarının bulunması o Merdivenlerde korkuluk bulunması o Alçak tavan uyarılarının kullanılması o Kaygan ve ıslak zemin uyarı levhalarının kullanılması o Zeminde bulunan engellere karşı önlem alınması o Ortamın yeteri kadar aydınlatılması o Yatak korkuluklarının kaldırılması ve yatak emniyet kilidinin kapalı olması						
DTY02.03	Ramak kala veya zararlı sonuçlanan düşme olayları istenmeyen olay bildirim sistemine bildiriliyor mu?						
DTY02.04	Ramak kala veya zararlı sonuçlanan düşme olayları ile ilgili düzeltici ve iyileştirici faaliyetler yapılıyor mu?						



NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
AĞIZ VE DIŞ SAĞLIĞI MERKEZİ
ÖZ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
KY.FR.09	ARALIK 2023	0	0	99

DOKÜMAN BOYUT	STANDART	SKS PUANI			K (Karşılıyor) KK (Kısmen Karşılıyor) KM (Karşılmıyor)	ALINAN PUAN	AÇIKLAMA
			EVET	HAYIR			
DTY03	Kurum yerleşim alanındaki farklı hizmet birimlerine ve kurum içindeki bölümlere ulaşımı kolaylaştırıcı düzenlemeler yapılmalıdır.	30					
DTY03.01	Kurum yerleşim alanına, giriş kapılarına yakın bir şekilde konumlandırılmış yerleşim planı bulunuyor mu?						
DTY03.02	Bina girişlerinde ana hizmet birimlerini gösteren genel krokiler bulunuyor mu? o Kat girişleri veya asansör çıkışlarında, bulunulan yeri, acil çıkış kapılarını ve yangın tüp/istasyonlarını da gösteren kat krokileri bulunmalıdır.						
DTY03.03	Okunabilir ve işlevsel yönlendirme işaretleri bulunuyor mu?						
DTY04	Acil çıkışların etkin ve işlevsel nitelikte olması sağlanmalıdır.	50					
DTY04.01	Acil çıkış levhaları bulunuyor mu? o Acil çıkış levhaları, karanlıkta görülebilecek özellikte olmalıdır. o Levhalar, kurumun her noktasından çıkışlara ulaştıracak şekilde yerleştirilmelidir. o Diğer işaret ve levhalar çıkış levhalarının görülmesini engellememelidir. o Çalışanların, işaret ve levhaların işlevsel kullanımı hakkında eğitim alması sağlanmalıdır.						



NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
AĞIZ VE DIŞ SAĞLIĞI MERKEZİ
ÖZ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
KY.FR.09	ARALIK 2023	0	0	100

DOKÜMAN BOYUT	STANDART	SKS PUANI			K (Karşılıyor) KK (Kısmen Karşılıyor) KM (Karşılmıyor)	ALINAN PUAN	AÇIKLAMA
			EVET	HAYIR			
DTY04.02	Acil çıkışlara yönelik düzenleme var mı? o Kurum krokilerinde acil çıkışlar gösterilmelidir. o Acil çıkış kapısının doğrudan dışarıya (kaçış yönüne doğru) veya güvenli bir alana açılması sağlanmalıdır. o Kaçış yolu kapıları kaçış yönünde, kapı kolu kullanılmadan açılacak şekilde el ile açılabilmesi ve kilitli tutulmamalıdır. o Kapılarda eşik olmamalı, raylı veya döner kapılar ile turnikeler, çıkış kapısı olarak kullanılmamalıdır. o Acil çıkış yolları ve kapıları ile buralara açılan yol ve kapılarda çıkışı zorlaştıracak hiçbir engel bulunmamalıdır. o Aydınlatılması gereken acil çıkış yolları ve kapılarında, elektrik kesilmesi halinde yeterli aydınlatmayı sağlayacak ayrı bir enerji kaynağına bağlı acil aydınlatma sistemi bulundurulmalıdır. o Hastaların acil çıkış merdivenlerinden transferini sağlayacak nitelikte sedye, tekerlekli sandalye gibi araçlar bulunmalıdır.						
DTY05	Hastalara hizmet verilen alanlar iletişime açık bir şekilde düzenlenmelidir.	20					
DTY05.01	Vezneler dışında kayıt, halkla ilişkiler gibi hizmet noktalarında hasta ve çalışan arasında iletişime engel olacak fiziksel bariyer bulunuyor mu? (olmaması gerekmektedir)						
DTY06	Yaşlı ve engelli kişiler için işlevsel düzenlemeler bulunmalıdır.	30					
DTY06.01	Otopark alanı, lavabo, tuvalet ve banyolar engelli kişilerin kullanımına yönelik düzenlenmiş mi?						
DTY06.02	Yaşlı ve engelli hastalar için ilgili bölümlerde hasta sayısı göz önünde bulundurularak yeterli sayıda ve uygun niteliklerde sedye ve tekerlekli sandalye bulunuyor mu?						
DTY06.03	Kurum bünyesindeki bölümlere ulaşımını kolaylaştırıcı düzenlemeler yapılmış mı?						
DTY06.04	Yaşlı ve engelli kişilerin poliklinik alanlarında öncelikli oturabilmelerine yönelik düzenleme yapılmış mı?						
DTY06.05	Acil durumlarda yaşlı ve engellilerin kurumdan tahliyesine yönelik planlama yapılmış mı?						



NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
AĞIZ VE DIŞ SAĞLIĞI MERKEZİ
ÖZ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
KY.FR.09	ARALIK 2023	0	0	101

DOKÜMAN BOYUT	STANDART	SKS PUANI			K (Karşılıyor) KK (Kısmen Karşılıyor) KM (Karşılmıyor)	ALINAN PUAN	AÇIKLAMA
			EVET	HAYIR			
DTY07	Çevre düzenlemesi yapılmalıdır.	20					
DTY07.01	Kurum bahçesinde oturma alanları bulunuyor mu?						
DTY07.02	Otoparkı bulunan kurumlarda araç giriş-çıkışının kontrollü olmasını sağlamaya yönelik bir düzenleme bulunmalı, çalışanlar ve hastalar için ayrılan araç park alanları çizgilerle belirlenmiş mi?						
DTY07.03	Kurumun yerleşim alanı uygun şekilde ışıklandırılmış mı?						
	Kurumun yerleşim alanında uygun konumda ve sayıda atık kutusu bulunuyor mu?						
DTY08	Kurumda su, elektrik enerjisi, ısıtma, soğutma ve medikal gaz hizmetlerinin kesintisiz olarak verilmesi sağlanmalı, kesinti olması durumunda kullanılacak alternatif kaynaklar, kaynakların kapasitesi ve kullanma koşulları belirlenmelidir	50					
DTY09	Asansörlerin güvenli kullanımına yönelik düzenleme yapılmalıdır.	40					
DTY09.01	Asansörler yetkili kuruluşlarca tescil edilmiş midir?						
DTY09.02	Asansörlerin bakım süreçleri tanımlanmalı ve düzenli aralıklarla bakımları yapılmalıdır. o Asansörlerin periyodik kontrolleri yılda en az bir kez yetkili kurum veya kuruluşlar tarafından yapılmış mıdır? * Periyodik kontrol sonuçları kusursuz (yeşil renk), hafif kusurlu (mavi), kusurlu (sarı renk) ve güvensiz (kırmızı renk) olmak üzere dört grupta değerlendirilmiş olmalıdır. * Renkli bilgi etiketleri asansör kabinlerinin görünen kısımlarına yapıştırılmalıdır. * Takip kontrolü neticesinde güvenli hale getirilmediği belirlenen asansörün kullanımına izin verilmemelidir. * Kontrol raporundaki asansör kimlik numarası, etiket rengi skalası ve muayene tarihi ile etiket üzerindeki bilgiler birbiri ile uyumlu olmalıdır. o Asansörlerin ara bakımları yapılmalıdır.						
DTY09.03	Asansörlerde çalışır durumda yardım çağrı sistemi bulunuyor mu?						



NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
AĞIZ VE DIŞ SAĞLIĞI MERKEZİ
ÖZ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
KY.FR.09	ARALIK 2023	0	0	102

DOKÜMAN BOYUT	STANDART	SKS PUANI			K (Karşılıyor) KK (Kısmen Karşılıyor) KM (Karşılmıyor)	ALINAN PUAN	AÇIKLAMA
			EVET	HAYIR			
DTY10	Havalandırma ve iklimlendirme sistemlerinin kontrolü ve bakımına yönelik düzenleme yapılmalıdır.	40					
DTY10.01	Havalandırma ve hava filtreleme sistemlerinin enfeksiyonların önlenmesi açısından izlemi, gerekli tedbirlerin alınması ve sürekliliği sağlıyor mu?						
DTY10.02	Merkezi havalandırma sisteminin ve klimaların bakım ve kontrolü yapıyor mu?						
DTY10.03	Kapalı alanlarda bulunan sistemler için mekanın günlük sıcaklık takibi yapılmalı ve kayıt altına alınıyor mu?						
DTY10.04	Hepa filtre kullanılan havalandırma sistemlerinin bakımları ve performans testleri düzenli aralıklarla yapıyor mu? o Hepa filtre kullanılan havalandırma sistemine yönelik asgari aşağıdaki performans testleri uygulanmalıdır: * HEPA filtre uygunluğu (sızdırmazlık testi) * Hava debisi ve hava hızı ölçümü * Steril alanlar arasında basınç farkları ve hava akış yönleri tespiti * Sistem etkinliğinin ölçülmesi (yeniden temizleme) * Partikül ölçümü o Bu sistemlerin performans ölçümünde kullanılan referans cihazlar, ilgili standart ve mevzuatlara uygun olmalıdır.						
DTY11	Elektrik sistemlerinin güvenliğine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	30					
DTY11.01	Kurum trafolarının bakımı ve kontrolü düzenli aralıklarla yapıyor mu?						
DTY11.02	Jeneratörlerin geçici veya kesin kabul belgesi bulunuyor mu?						
DTY11.03	Jeneratörlerin bakım ve kontrolleri düzenli aralıklarla yapıyor mu?						
DTY11.04	Kesintisiz güç kaynaklarının (UPS) kontrol ve bakımları düzenli aralıklarla yapılmalı ve kesintisiz güç kaynağına (UPS) bağlı prizler tanımlanmış mı?						
DTY11.05	Elektrik prizleri sabitlenmiş olmalı, çalışma alanlarında düşme riski oluşturacak hareketli uzatma kablosu vb. kullanılıyor mu? (olmaması gerekmektedir)						



NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
AĞIZ VE DIŞ SAĞLIĞI MERKEZİ
ÖZ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
KY.FR.09	ARALIK 2023	0	0	103

DOKÜMAN BOYUT	STANDART	SKS PUANI			K (Karşılıyor) KK (Kısmen Karşılıyor) KM (Karşılmıyor)	ALINAN PUAN	AÇIKLAMA
			EVET	HAYIR			
DTY11.06	Çocukların ulaşabileceği prizlerde priz koruması bulunuyor mu?						
DTY11.07	Aydınlatma sistemleri, hasta, hasta yakını ve çalışanlar için kaza riski oluşturmayacak nitelikte ve yeterli aydınlatma gücünde olmalıdır.						
DTY12	Su depolarının güvenli kullanımına yönelik düzenleme yapılmalıdır.	40					
DTY12.01	Depo, suyun özelliklerini değiştirmeyecek paslanmaz çelik, krom, nikel, beton ve benzeri maddeler ile yapılmış olmalı, beton yapıdaki su depolarının iç yüzeyi, suyun niteliğini bozmayacak, kolay temizlenebilir ve sızdırmaz bir malzeme ile kaplanmış mı?						
DTY12.02	Depoya ait kapak kilitli ve sızdırmaz olmalı, depo kapağı sadece depo görevlileri ve yetkili personel tarafından açılıp kapanması sağlanıyor mu?						
DTY12.03	Depolar, ısı kaynaklarından uzak olmalı, direkt olarak gün ışığına maruz bırakılıyor mu? (Bırakılmaması gerekir)						
DTY12.04	Düzenli aralıklarla su depolarının bakımı yapılıyor mu? o Su depoları yılda en az bir kez boşaltılarak temizlenmelidir. o Depolardan yılda en az iki defa su numuneleri alınarak bakteriyolojik ve kimyasal analizleri yaptırılmalıdır.						
DTY12.05	En az haftada bir kez su depolarında ve su şebekesinin uç noktalarında klor ölçümleri yapılmalıdır.						
DTY13	Sihhi tesisatın güvenli kullanımına yönelik düzenleme yapılmalıdır.	30					
DTY13.01	Şebeke suyunda herhangi bir nedenden dolayı oluşabilecek bir kesinti durumunda, mevcut yedek su kaynakları devreye alınarak su ihtiyacı sağlanıyor mu?						
DTY13.02	Atık su tesisatı sızdırmazlık açısından kurum tarafından belirlenen yöntem ve aralıklarla kontrol edilmeli, tespit edilen sorunlara yönelik iyileştirme faaliyetleri düzenlenmiş mi?						
DTY13.03	Yangın sularının sürekli ve uygun basınçta kullanılabilmesine yönelik düzenli aralıklarla kontrol gerçekleştiriliyor mu?						



NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
AĞIZ VE DIŞ SAĞLIĞI MERKEZİ
ÖZ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
KY.FR.09	ARALIK 2023	0	0	104

DTY13.04	Yağmur sularının kontrolü ve uygun drenajı sağlanıyor mu?							
DOKÜMAN BOYUT	STANDART	SKS PUANI	EVET	HAYIR	K (Karşılıyor) KK (Kısmen Karşılıyor) KM (Karşılmıyor)	ALINAN PUAN	AÇIKLAMA	
DTY14	Diş ünitlerinde kullanılan su sistemlerine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	40						
DTY14.01	Diş ünitlerinde kullanılan emiş hortumlarında, kontamine sıvıların tekrar ünit içerisine dönüşünü engelleyici düzenleme bulunuyor mu? (antiretraksiyon valfleri).							
DTY14.02	Diş ünitlerinde distile su kullanılması durumunda, distile su depolarının temizliğine yönelik kurallar tanımlanmış mı?							
DTY14.03	Diş ünitlerinde kullanılan su sistemlerinin bakımları plan dahilinde ve düzenli olarak gerçekleştiriliyor mu?							
DTY15	Medikal gaz sistemlerine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	30						
DTY15.01	Medikal gaz sistemlerinin bakım ve kontrolleri yapılmış mı?							
DTY15.02	Sağlık hizmeti sunumunun aksamaması için oksijen, azot, vakum ve medikal havanın basınç (bar) değeri günlük olarak kontrol edilmeli, gözlemlenen değerler kayıt altına alınmış mı?							
DTY15.03	Medikal gaz sistemindeki basınç değişiklikleri işitsel ve görsel uyarı sistemi ile takip ediliyor mu? o Basınç düşüklüğü durumunda kullanılmak üzere yedek sistemler bulunmalıdır.							
DTY15.04	Gazlar cinsine göre depolanmalı ve gazların birbirleri ile depolanabilir olup olmadığı kontrol ediliyor mu?							
DTY15.05	Medikal gaz sistemlerinin bulunduğu alanlar, açık hava ile iyi havalandırılıyor mu?							
DTY15.06	Medikal gaz sisteminin bulunduğu alanların kapalı havalandırma kanalları, başka bölüm veya binaların havalandırma kanallarına bağlantısı bulunuyor mu? (bulunmaması gerekir)							
DTY16	Sıkıştırılmış gaz silindirlerine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	30						
DTY16.01	Taşınabilir gaz silindirleri dahil olmak üzere tüm sıkıştırılmış gaz silindirleri tek tek veya konteyner içinde sabitlenmiş mi?							
DTY16.02	Üretici firma tarafından kuruma teslim edilen sıkıştırılmış gaz silindirlerinin sertifikası bulunuyor mu?							
DTY16.03	Sıkıştırılmış gaz silindirlerinin doluluk ve sızdırmazlık kontrolleri yapılmış mı?							



NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI MERKEZİ
ÖZ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
KY.FR.09	ARALIK 2023	0	0	105

DTY16.04	Gaz silindirleri gaz tiplerine göre depolanmalı, yanıcı gazlar ve oksitleyici maddelerden ayrılmış mı?							
DOKÜMAN BOYUT	STANDART	SKS PUANI	EVET	HAYIR	K (Karşılıyor) KK (Kısmen Karşılıyor) KM (Karşılmıyor)	ALINAN PUAN	AÇIKLAMA	
DTY16	Otoklav, buhar kazanı, kompresör, buhar türbinleri, kalorifer kazanı gibi basınçlı kapların bakımları düzenli aralıklarla yapılmalı, yıllık muayeneleri gerçekleştirilmelidir.	40						
DTY17.01	Basınçlı kapların ilk defa kullanılmadan önce ve her yer değişikliğinde kontrolü yapılmalı, doğru kurulduğu ve güvenli şekilde çalıştığını gösteren belge düzenlenmiş mi?							
DTY17.02	Basınçlı kapların periyodik kontrolleri yapılıyor mu?							
DTY17.03	Basınçlı kapların çalışma şeklinde değişiklikler, kazalar, doğal olaylar veya ekipmanın uzun süre kullanılmaması gibi durumlarda kontroller tekrarlanmış mı?							
DTY17.04	Ekipmanı kullanmakla görevli personele, bu ekipmanın kullanımından kaynaklanabilecek riskler ve korunma yollarını içeren eğitimler verilmiş mi?							

İLGİLİ BÖLÜM TOPLAM PUANI: KURUM ÖZ DEĞERLENDİRME PUANI: KURUM SKS BÖLÜM PUANI :

DENETLENEN BÖLÜM SORUMLULARI	İMZA	ÖZ DEĞERLENDİRME EKİBİ	İMZA



NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
AĞIZ VE DIŞ SAĞLIĞI MERKEZİ
ÖZ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
KY.FR.09	ARALIK 2023	0	0	106

OTELCİLİK HİZMETLERİ							Tarih:
DOKÜMAN BOYUT	STANDART	SKS PUANI	EVET	HAYIR	K (Karşılıyor) KK (Kısmen Karşılıyor) KM (Karşılmıyor)	ALINAN PUAN	AÇIKLAMA
DOH01	Hasta odalarına yönelik fiziki düzenleme yapılmalıdır.	40					
DOH01.01	Hasta odaları hastanın konforunu sağlayacak şekilde düzenlenmiş mi? o Hasta odalarında, hastanın güvenliği ve konforunu temin edecek şekilde uygun havalandırma ve aydınlatma koşulları sağlanmalıdır. o Hasta odalarında gerekli kişisel mobilyalar bulunmalıdır. o Hasta yatakları pozisyon verilebilir özellikte olmalıdır. o Hasta yatakları, yetişkin ve çocuk hastalar için uygun ebatlarda hasta güvenliğini sağlayacak nitelikte olmalıdır.						
DOH01.02	Her yatağın başında tıbbi gaz sistemine bağlı hasta başı paneli bulunuyor mu? o Hasta başı panelinin kontrolleri düzenli aralıklarla yapılarak kaydedilmelidir.						
DOH01.03	Hasta odalarında lavabo, banyo ve tuvalet bulunuyor mu?						
DOH01.04	Hasta odalarında refakatçilerin dinlenebilmeleri için pozisyon verilebilen koltuk/kanep/yatak bulunuyor mu?						
DOH02	Tıbbi bakım sürecinde hastaların gerektiğinde sağlık personeline kolay ulaşabilmesi sağlanmalıdır.	30					
DOH02.01	Hastaların yatarak sağlık hizmeti aldığı alanlarda yatak başı bağlantılı hemşire çağrı sistemi bulunuyor mu?						
DOH02.02	Yatarak hizmet alan hastaların kullandığı tüm banyo ve tuvaletlerde hemşire çağrı sistemi bulunuyor mu?						
DOH02.03	Hasta ve hasta yakınlarına çağrı sisteminin kullanımına ilişkin bilgilendirme yapılıyor mu?						
DOH03	Kişisel temizlik alanlarına (banyo, tuvalet, lavabo) yönelik düzenleme yapılmalıdır.	30					
DOH03.01	Kişisel temizlik alanlarının kapıları, acil durumlarda kolay müdahale edilebilecek şekilde tasarlanmış mı?						
DOH03.02	Kişisel temizlik alanlarının temizliği sağlanıyor mu?						



NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
AĞIZ VE DIŞ SAĞLIĞI MERKEZİ
ÖZ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
KY.FR.09	ARALIK 2023	0	0	107

DOKÜMAN BOYUT	STANDART	SKS PUANI			K (Karşılıyor) KK (Kısmen Karşılıyor) KM (Karşılmıyor)	ALINAN PUAN	AÇIKLAMA
			EVET	HAYIR			
DOH03.03	Kişisel temizlik alanlarında temizlik malzemeleri bulunduruluyor mu? o Kişisel temizlik alanlarında, sıvı veya köpük sabun, kâğıt havlu, tuvalet kâğıdı ve poşetli çöp kutusu bulundurulmalıdır. o Kişisel temizlik için kullanılan malzemelerin hijyen koşullarına uygun olması sağlanmalıdır.						
DOH04	Kurum bünyesinde yer alan bekleme alanlarının temiz ve konforlu olması sağlanmalıdır.	20					
DOH04.01	Bekleme alanlarında hasta potansiyeline göre uygun nitelik ve sayıda oturma alanları bulunuyor mu?						
DOH04.02	Bekleme alanları temiz olmalı, uygun havalandırma ve aydınlatma koşulları sağlanıyor mu?						
DOH05	Poliklinik alanlarında tıbbi hizmet süreçlerine uygun fiziksel ortam sağlanmalıdır.	30					
DOH05.01	Diş ünitlerinin bulunduğu alanlar temiz olmalı, bu alanlarda uygun havalandırma, iklimlendirme ve aydınlatma koşulları sağlanıyor mu?						
DOH05.02	Diş ünitlerinin bulunduğu alanlarda hijyen koşullarının sağlanmasına yönelik düzenleme yapılmış mı? o Lavabo, sıvı/ köpük sabun, kâğıt havlu ve alkol bazlı el antiseptikleri gibi kişisel temizlik malzemeleri bulunmalıdır. o Diş ünitlerinde tek kullanımlık örtü kullanılmalıdır. o Gerekli kişisel koruyucu donanım bulunmalıdır.						
DOH05.03	Diş ünitlerinin bulunduğu alanlarda hasta mahremiyetini sağlamaya yönelik düzenleme bulunuyor mu?						
DOH05.04	Hastalar, belirlenmiş bir sistem dahilinde ve sıra ile çağrılıyor mu?						
DOH05.04	Hazırlanan yiyeceklerden şahit numuneler alınıp, uygun koşullarda en az 72 saat saklanıyor mu?						
DOH06	Bebek bakım ve emzirme odası bulunmalıdır.	30					



NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
AĞIZ VE DIŞ SAĞLIĞI MERKEZİ
ÖZ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
KY.FR.09	ARALIK 2023	0	0	108

DOKÜMAN BOYUT	STANDART	SKS PUANI			K (Karşılıyor) KK (Kısmen Karşılıyor) KM (Karşılmıyor)	ALINAN PUAN	AÇIKLAMA
			EVET	HAYIR			
DOH06.01	Bebek bakım ve emzirme alanlarının uygun koşulları içeriyor mu? Bebek bakım odası ve emzirme odasında; o Kenarları sivri olmayan malzeme ve mobilyalar kullanılmalıdır. o Oyuncak bulundurulmamalıdır. o Bebek alt değiştirme yeri korkuluklu ve temiz olmalıdır. o Lavabo, sabun, kâğıt havlu bulunmalıdır. o İklimlendirme sağlanmalıdır. o Bebek bakım odası ve emzirme odasına ulaşımı kolaylaştırıcı yönlendirmeler yapılmalıdır. Emzirme odasında; o Emzirmeyi özendirici, doğru emzirmeyi anlatan afiş ve broşürler olmalıdır. o Annelerin kullanabileceği rahat, ergonomik yeterli sayıda koltuk veya kollu sandalye bulunmalıdır.						
DOH06.02	Bakanlıkça tanımlanmış olan "Bebek Dostu" unvanına sahip her sağlık kuruluşunda emzirme odası ve alt değiştirme/bebek bakım odası ayrı bulunuyor mu?						
DOH07	Hasta, hasta yakını ve çalışanların can ve mal güvenliği sağlanmalıdır.	50					
DOH07.01	Kurumun belirlenen alanlarında, güvenlik görevlisi ve ekipmanı (güvenlik kamerası, alarm sistemi gibi) bulunuyor mu? o Kurumda 24 saat güvenlik hizmeti verilmelidir. o Kurum genel kullanım alanları güvenlik kamerası ile izlenmelidir. o Kamera kayıtları, sadece üst yönetim tarafından tanımlanan kişilerin erişimine açık olmalıdır. o Güvenlik kamerası kayıtları en az 2 ay süreyle saklanmalıdır.						
DOH07.02	Güvenlik görevlilerinin çalışma alanı, çalışma zamanları ve görev tanımları belirlenmiş mi?						
DOH07.03	Ekipmanların kullanımına ilişkin kurallar belirlenmiş mi? Ekipmanların temizlik, bakım, onarım ve kontrolü sağlanıyor mu?						



NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
AĞIZ VE DIŞ SAĞLIĞI MERKEZİ
ÖZ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
KY.FR.09	ARALIK 2023	0	0	109

DOH07.04	Kurumda olası bebek ve çocuk kaçırma olaylarına yönelik risk analizleri yapılmalı ve gerekli tedbirler alınmış mı?							
DOKÜMAN BOYUT	STANDART	SKS PUANI	EVET	HAYIR	K (Karşılıyor) KK (Kısmen Karşılıyor) KM (Karşılmıyor)	ALINAN PUAN	AÇIKLAMA	
DOH08	Mutfak hizmetlerine yönelik uygun fiziki koşullar sağlanmalıdır.	40						
DOH08.01	Mutfak bölümleri (depolama, gıda hazırlama, bulaşık yıkama yerleri gibi) çapraz kontaminasyonu engelleyecek şekilde birbirinden ayrı alanlarda ve iş akışına uygun şekilde düzenlenmiş mi?							
DOH08.02	Kurumda mutfak hizmeti verilen tüm alanların tavan, taban ve duvarları yıkama ve dezenfeksiyona uygun olmalıdır o Zemin, kayma ve düşmeyi önleyici malzemeden yapılıyor mu?							
DOH08.03	Soğuk hava depoları içeriden açılabilme özelliğine sahip olmalı veya içeriden dışarı haber verebilecek uyarı sistemi bulunuyor mu? o Depo koşullarının uygunluğu izlenebilir olmalıdır.							
DOH08.04	Mutfakta iklimlendirmeye yönelik düzenleme yapılıyor mu? o Mutfak kokularının kurum hizmet alanlarına karışmasını önleyecek şekilde düzenleme yapılmalıdır.							
DOH08.05	Mutfak alanlarının hayvan ve haşerelerden korunmasına yönelik düzenleme yapılmış mı?							
DOH08.06	Mutfak atıkları hijyenik ve çevreye zarar vermeyecek şekilde ortamdaki uzaklaştırılıyor mu? o Yemek atıklarının geçici olarak muhafaza edilmesine yönelik uygun alan oluşturulmalıdır.							
DOH09	Gıdaların güvenli tedariki ve depolanması sağlanmalıdır	40						
DOH09.01	Gıda zinciri süreçlerinde diyetisyen kontrolü sağlanıyor mu?							



NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI MERKEZİ
ÖZ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
KY.FR.09	ARALIK 2023	0	0	110

DOKÜMAN BOYUT	STANDART	SKS PUANI	EVET	HAYIR	K (Karşılıyor) KK (Kısmen Karşılıyor) KM (Karşılmıyor)	ALINAN PUAN	AÇIKLAMA
DOH09.02	Gıdaların güvenli tedarikine ilişkin kurallar asgari aşağıdaki hususları kapsayacak şekilde belirlenmiş mi? o Gıdaların türlerine göre aranması gereken nitelikler o Kalite kontrol kriterleri o Tedarikçi kabul ve değerlendirme kriterleri o Gıdaların taşınması ve teslimine yönelik asgari belgeler ve gereklilikler						
DOH09.03.	Gıda türlerine göre depolama koşulları (sıcaklık, saklama süresi, varsa paketleme şartları, raflara ve dolaplara yerleşim kuralları gibi) tanımlanmış mı? o Gıda depolarında hemzemin yerleştirme yapılmamalıdır. o Depodaki ürünler, yerle ve duvarla teması engellenecek şekilde, gıda grupları ayrı olarak yerleştirilmelidir. o Üretilmiş ve satın alınmış gıdaların stoklanmasında tavsiye edilen tüketim tarihlerinin etkin şekilde takibi yapılmalıdır. o Çiğ, yarı pişmiş ve pişmiş ürünlerin üretim ve son tüketim tarihleri kayıt edilmelidir. o Çiğ, yarı pişmiş ve pişmiş ürünlerin depolanması ayrı alanlarda yapılmalıdır.						
DOH10	Gıdaların hazırlanma süreçlerine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	50					
DOH10.01	Gıdalar hastaların bakım gereksinimleri ve beslenme tedavileri doğrultusunda hazırlanıyor mu?						
DOH10.02	Tedavi amaçlı özel diyet gereksinimi olan çalışanlar belirlenmeli, diyetine uygun yemek hizmeti alması sağlanıyor mu?						
DOH10.03	Gıda hijyeni ile ilgili gerekli tedbirler alınıyor mu? o Gıdaların hazırlanmasında kullanılan sarf malzeme, araç gereç ve ekipman uygun şekilde temizlenmeli veya dezenfekte edilmelidir. o Gıda ile temas eden malzemeler sağlığa uygun özellikte olmalıdır. o Tüm çalışanlar; yapılan işin özelliğine göre maske, eldiven, bone, kolluk, galoş gibi uygun koruyucu ekipman kullanmalıdır.						



NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
AĞIZ VE DIŞ SAĞLIĞI MERKEZİ
ÖZ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
KY.FR.09	ARALIK 2023	0	0	111

DOH10.04	Mutfak ve servis personeline asgari aşağıdaki eğitimler verilmeli ve düzenli aralıklarla tekrarlanıyor mu? o Gıda güvenliğine yönelik hijyen eğitimi o Diyet yemeklerinin içeriği o Yemeklerin porsiyonlanması						
	DOH10.05	Hizmet kapsamındaki kişilere servis edilen her son üründen şahit numuneler alınmalı ve uygun koşullarda en az 72 saat saklanıyor mu?					
DOKÜMAN BOYUT	STANDART	SKS PUANI	EVET	HAYIR	K (Karşılıyor) KK (Kısmen Karşılıyor) KM (Karşılmıyor)	ALINAN PUAN	AÇIKLAMA
DOH10.06	Hazırlanan menüler, standart yemek tarifeleri ve gramaj listelerinin Bakanlıkça yayınlanan rehberlere uygunluğu kontrol ediliyor mu?						
DOH11	Kurum dışında hazırlanan gıdaların taşınmasına yönelik süreçler ve bu süreçlerin işleyişine yönelik kurallar tanımlanmalıdır.	20					
DOH11.01	Gıdalar, servis edilecekleri sıcaklıklara uygun bir taşıma aracında birbirlerine karışmayacak ve araç içine bulaşmayacak şekilde uygun kaplarda taşıyor mu?						
DOH11.02	Taşıma araçları ve içindeki kaplar başka herhangi bir maddenin taşınmasında kullanılıyor mu? (kullanılmaması gerekir)						
DOH11.03	Taşıma aracı ve kapların, temizlik ve dezenfeksiyonuna yönelik işlemler kayıt altına alınıyor mu?						
DOH12	Gıdalar, ısısına, sunumuna ve hijyen kurallarına dikkat edilerek dağıtılmalıdır.	30					
DOH12.01	Gıdalar servis sıcaklıklarına uygun olarak sunuluyor mu?						
DOH12.02	Taşıma sırasında yemeklerin üzeri kapalı tutuluyor mu?						
DOH12.03	Taşımada ve dağıtımda kullanılan yemek taşıma araçları ile diğer ekipman ve malzemelerin temizlik ve dezenfeksiyonları (muhafaza edildiği alanlar da dahil) yapılıyor mu?						
DOH12.04	Yemek dağıtımı yapan personel; uygun iş kıyafeti ile bone, eldiven, kolluk, maske gibi uygun koruyucu ekipman kullanılıyor mu?						
DOH13	Gıda atıklarının değerlendirilmesi ve izlenmesine yönelik düzenleme bulunmalıdır.	30					



NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
AĞIZ VE DIŞ SAĞLIĞI MERKEZİ
ÖZ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
KY.FR.09	ARALIK 2023	0	0	112

DOH13.01	Türlerine göre gıda atıklarının nasıl kullanılacağı (kompoze gübre, hayvan barınakları vb.) tanımlanıyor mu?							
DOH13.02	Evsel atık olarak atılan gıdaların miktarları izleniyor mu? o Atılan gıda miktarının azaltılmasına yönelik iyileştirme çalışması yapılmalıdır.							
DOKÜMAN BOYUT	STANDART	SKS PUANI	EVET	HAYIR	K (Karşılıyor) KK (Kısmen Karşılıyor) KM (Karşılmıyor)	ALINAN PUAN	AÇIKLAMA	
DOH14	Çamaşır hizmetlerinin sunumuna yönelik süreçler tanımlanmalıdır.	30						
DOH14.01	Kurumda kullanılan tüm tekstil ürünlerinin temizlenmek üzere toplanması, taşınması, ayrıştırılması, yıkanması, ütülenmesi, kullanılacak alanlara dağıtılması ve depolanması ile çamaşırhane ortamının düzenlenmesine ilişkin süreçler tanımlanıyor mu?							
DOH14.02	Çamaşırlar kapalı sistemlerle taşınıyor mu? o Konteynerler ile taşıma yapan kurumlarda; * Konteynerlerin temizliği günlük olarak yapılmalıdır. * Çamaşırların taşınmasında kullanılan araçlar kirli ve temiz olarak tanımlanmalıdır. o Otomatik sistem ile taşıma yapan kurumlarda, sisteme ait bacaların temizliği yapılmalıdır.							
DOH14.03	Ekipmanların kullanımına ilişkin kurallar belirlenmeli, ekipmanların temizlik, bakım, onarım ve kontrolü sağlanıyor mu?							
DOH14.04	İlgili çalışanlara ekipmanların kullanımına ilişkin düzenli aralıklarla eğitim veriliyor mu?							
DOH15	Çamaşırhaneye yönelik fiziki düzenleme yapılmalıdır.	30						
DOH15.01	Çamaşırhane; çamaşır yıkama, kurutma, ütülme ve depolama için yeterli alana sahip olmalı, kirli ve temiz çamaşır alanları birbirinden ayrı tutuluyor mu? o Çamaşırhane hizmetlerinin kurum dışından sağlanması durumunda da, kirli çamaşır toplama ve temiz çamaşır dağıtım alanları ayrılmalı olmalıdır.							



NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
AĞIZ VE DIŞ SAĞLIĞI MERKEZİ
ÖZ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
KY.FR.09	ARALIK 2023	0	0	113

DOKÜMAN BOYUT	STANDART	SKS PUANI	EVET	HAYIR	K (Karşılıyor) KK (Kısmen Karşılıyor) KM (Karşılmıyor)	ALINAN PUAN	AÇIKLAMA
DOH15.02	Çamaşırhane taban ve duvarları yıkamaya ve dezenfeksiyona uygun mu?						
DOH15.03	Çalışanların güvenlik ve konforunu temin etmeye yönelik sıcaklık ve nem kontrolleri yapılmalı, uygun havalandırma ve aydınlatma koşulları sağlanıyor mu?						
DOH15.04	Çamaşırların muhafaza edildiği alanlarda, sıcaklık ve nem değerleri ile ilgili uygun koşullar sağlanıyor mu?						
DOH16	Kurum bünyesinde hasta, hasta yakını ve çalışanların kullanımına yönelik ibadethane bulunmalıdır.	30					
DOH16.01	İbadethane alanına ulaşımı kolaylaştırıcı yönlendirmeler yapılıyor mu?						
DOH16.02	İbadethanenin temizliği ve uygun şekilde iklimlendirilmesine yönelik gerekli düzenleme yapılıyor mu?						
İLGİLİ BÖLÜM TOPLAM PUANI:		KURUM ÖZ DEĞERLENDİRME PUANI:		KURUM SKS BÖLÜM PUANI :			
DENETLENEN BÖLÜM SORUMLULARI	İMZA	ÖZ DEĞERLENDİRME EKİBİ		İMZA			



NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
AĞIZ VE DIŞ SAĞLIĞI MERKEZİ
ÖZ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
KY.FR.09	ARALIK 2023	0	0	114

BİLGİ YÖNETİM SİSTEMİ							Tarih:
DOKÜMAN BOYUT	STANDART	SKS PUANI	EVET	HAYIR	K (Karşılıyor) KK (Kısmen Karşılıyor) KM (Karşılmıyor)	ALINAN PUAN	AÇIKLAMA
DBY01	Bilgi Yönetim Sistemi süreçlerine ilişkin kurum politikası oluşturulmalıdır.	30					
DBY01.01	Bilgi Yönetim Sistemi (BYS) politikasında asgari aşağıdaki hususlar tanımlanıyor mu? o BYS'nin amaç ve kapsamı o Bilgi güvenliği o BYS'yi oluşturan alt sistemler [Sağlık Bilgi Yönetim Sistemi (SBYS), Laboratuvar Bilgi Yönetim Sistemi (LBYS), Picture Archiving Communication Systems (PACS), Web, E-posta, Dosya Sunucu, varsa diğer bilgi yönetim alt sistemleri gibi] o SBYS işletimi ve değişiklik yönetim süreçleri o Bilgi sistem donanım ve altyapı, yönetim ve talep süreçleri o Varlık yönetimi o İş sürekliliği yönetimi o Yedekleme o Bilgi teknolojileri imha yönetimi (bilgisayar, disk, sunucu vb)						
DBY02	Bilgi yönetimine ilişkin süreçlerin güvenli bir şekilde yürütülmesi ve koordinasyonu sağlanmalıdır.	30					
DBY02.01	BYS ile ilgili politikaların oluşturulması, BYS'ye ilişkin faaliyetlerin yürütülmesi ve koordinasyonunun sağlanması, bilgi güvenliği ile ilgili hususlarda gerekli çalışmaların yapılması amacıyla sorumlular ve sorumluluklar tanımlanmış mı?						
DBY02.02	Bilgi yönetim sistemine ilişkin rol grupları (hekimler, hemşireler, sekreterler gibi) ve yetkileri belirleniyor mu? o Çalışanlar yetki düzeyleri ile ilgili olarak bilgilendirilmelidir. o Bilgilendirme ve yetki düzeyi kayıt altına alınmalıdır. o Aynı görevi icra eden çalışanlar aynı yetki gruplarına sahip olmalıdır. o İşe yeni başlayan ve işten ayrılan personele erişim yetkilerinin verilmesi ve iptal edilmesine yönelik yetki verme ve yetkiyi iptal etme süreçleri tanımlanmalıdır.						



NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
AĞIZ VE DIŞ SAĞLIĞI MERKEZİ
ÖZ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
KY.FR.09	ARALIK 2023	0	0	115

DOKÜMAN BOYUT	STANDART	SKS PUANI			K (Karşılıyor) KK (Kısmen Karşılıyor) KM (Karşılmıyor)	ALINAN PUAN	AÇIKLAMA
			EVET	HAYIR			
DBY02.03	Rol grupları ve kullanıcılar için tanımlanan yetkiler periyodik olarak ve gerekli durumlarda (görev değişikliği, işten ayrılma vb.) gözden geçirilip, gerekli güncellemeler yapılıyor mu?						
DBY03	Bilgi yönetim sistemine ilişkin riskler yönetilmelidir.	30					
DBY03.01	Bilgi yönetim sistemine yönelik fiziksel tehlikeler, yazılım ve donanımla ilgili sorunlar, bilgi güvenliği, bilgi mahremiyeti, kişisel verilerin korunması, kullanıcı hataları gibi konularda risk değerlendirmesi yapılıyor mu?						
DBY03.02	Tespit edilen riskler doğrultusunda iyileştirme çalışmaları başlatılıyor mu?						
DBY03.03	Risk değerlendirmesi en geç altı ayda bir olacak şekilde düzenli aralıklarla ve gerektiğinde güncelleniyor mu?						
DBY04	Hata bildirimine ve çözüm sürecine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	40					
DBY04.01	Bilgi yönetim sistemine ilişkin yazılımsal ve donanımsal hataların nasıl bildirileceği ve hatalara nasıl müdahale edileceği tanımlanıyor mu?						
DBY04.02	Bildirilen hatalar ile ilgili asgari aşağıdaki bilgiler kayıt altına alınıyor mu? o Hatanın oluştuğu tarih ve saat o Bildirimin yapıldığı tarih ve saat o Hatanın içeriği o Hatanın giderildiği tarih ve saat						
DBY04.03	Karşılaşılan hatalar, çözüm süreçleri, ne kadar sürede hatanın çözüldüğü gibi bilgiler kayıt altına alınmalı, benzer hataların gerçekleşmesi durumunda bu kayıtlar izlenebilir mi?						
DBY04.04	Hata giderilinceye kadar işlerin aksamamasına yönelik yapılması gerekenler bölümünde belirleniyor mu?						
DBY05	Bilgi güvenliğinin sağlanması ve kişisel verilerin korunmasına yönelik gerekli tedbirler alınmalıdır.	50					



NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
AĞIZ VE DIŞ SAĞLIĞI MERKEZİ
ÖZ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
KY.FR.09	ARALIK 2023	0	0	116

DBY05.01	Bilgi güvenliği ve kişisel verilerin korunması ile ilgili asgari aşağıdaki hususlar tanımlanıyor mu? o Erişim ve yetki kontrolü o Fiziksel ve çevresel güvenlik yönetimi o İletişim güvenliği o Bilgi güvenliği ihlal olayı yönetimi o Kişisel verilerin korunması	SKS PUANI	EVET	HAYIR	K (Karşılıyor) KK (Kısmen Karşılıyor) KM (Karşılmıyor)	ALINAN PUAN	AÇIKLAMA
DBY05.02	Bilgi güvenliği ve kişisel verilerin korunması konusunda çalışanlara farkındalık eğitimi veriliyor mu?	30					
DBY05.03	Bilgi yönetim sisteminde kullanılan parolalar, Bakanlık parola politikaları ile uyumlu mu?						
DBY05.04	Bilgi yönetim sistemi sorumluları ve kullanıcılarına gizlilik sözleşmesi imzalatılıyor mu?						
DBY06	SBYS'de hastalara ait sağlık kayıtlarına elektronik olarak ulusal ve kurumsal düzeyde erişim sağlanmalıdır.	30					
DBY06.01	SBYS'nin muayene ekranlarından ulusal sağlık veri tabanına entegrasyon sağlanıyor mu?	30					
DBY06.02	Hastaların aynı kurumdaki geçmiş tıbbi kayıtlarına SBYS üzerinden erişim sağlanıyor mu?						
DBY07	Bilgi yönetim sisteminin etkin kullanımının sağlanmasına yönelik çalışma yapılmalıdır.	30					
DBY07.01	Bilgi yönetim sisteminin etkin kullanılabilmesine ilişkin çalışanlara eğitim veriliyor mu? o Eğitimler, çalışanın ihtiyacına göre planlanmalı ve uygulanmalıdır.	30					
DBY07.02	Bilgi yönetim sistemi uygulamalarına ilişkin güncellemeler hakkında çalışanlar bilgilendiriliyor mu?						
DBY07.03	Bilgi yönetim sistemi uygulamalarına ilişkin güncelleme geçmişleri yetkili kullanıcılar tarafından izlenebilir mi?						



NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
AĞIZ VE DIŞ SAĞLIĞI MERKEZİ
ÖZ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
KY.FR.09	ARALIK 2023	0	0	117

DOKÜMAN BOYUT	STANDART	SKS PUANI			K (Karşılıyor) KK (Kısmen Karşılıyor) KM (Karşılmıyor)	ALINAN PUAN	AÇIKLAMA
			EVET	HAYIR			
DBY08	Sağlık bilgi yönetim sisteminde yer alan modüller birbirine entegre olmalıdır.	40					
DBY08.01	SBYS'de, farklı hizmet süreçlerine yönelik asgari aşağıda belirtilen modüller oluşturuluyor mu? o Hasta Kayıt o Hasta Yatışı o Poliklinik o Klinik o Merkezi Sterilizasyon Ünitesi o Diş Protez Laboratuvarı o Eczane o Depo o Satın Alma o Ayniyat o Vezne o Faturalandırma o Radyoloji o Personel						
DBY08.02	Malzeme ve cihaz istemlerinin yapılmasından, bölümlerde kullanılmasına kadar geçen tüm süreçlere ilişkin işlemler SBYS üzerinden gerçekleştiriliyor mu?						
DBY08.03	SBYS üzerinde, modüllerin kullanımına ilişkin yardım bilgileri bulunuyor mu?						
DBY08.04	Personel modülünde, çalışanlara ilişkin asgari aşağıda belirtilen bilgi ve belgeler bulunuyor mu? o Çalışana ait fotoğraf o Aktif olarak çalıştığı bölüm o Kadrosunun kayıtlı olduğu bölüm veya kurum o Kan grubu o İletişim bilgileri o İzin ve rapor bilgileri o Eğitim durumu o Sertifikaları o Hizmet içi eğitimleri o Yabancı dil bilgisi						



NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
AĞIZ VE DIŞ SAĞLIĞI MERKEZİ
ÖZ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
KY.FR.09	ARALIK 2023	0	0	118

DOKÜMAN BOYUT	STANDART	SKS PUANI			K (Karşılıyor) KK (Kısmen Karşılıyor) KM (Karşılmıyor)	ALINAN PUAN	AÇIKLAMA
			EVET	HAYIR			
DBY09	SBYS üzerinde yapılan işlemler izlenebilir olmalıdır.	30					
DBY09.01	İz kayıtlarının geçmişe yönelik izlenebilirliği sağlıyor mu? o BYS üzerinde yapılan düzeltme ve iptal kayıtları izlenebilir olmalıdır. o Salt okunur özellikte ayrı bir veri tabanı veya tablo mevcut olmalıdır. o Veri tabanı veya tablolarda sisteme giriş yapan kullanıcılar, gerçekleştirdikleri işlemler, sistem ayarlarında gerçekleştirilen değişiklikler, sistem mesajları ve hatalar log izleme yazılımı tarafından kayıt altına alınmalıdır. o Bu veri tabanı veya tablolara sadece bilgi sisteminde yönetici olarak yetkilendirilmiş kişiler ulaşabilmelidir.						
DBY10	SBYS üzerindeki verilerin yedeklenmesine yönelik düzenleme bulunmalıdır.	50					
DBY10.01	Yedekleme ile ilgili süreçler; verinin depolanması ve korunmasına yönelik dikkat edilmesi gereken hususlar ve veri kurtarma testi planlarını kapsayacak şekilde tanımlanıyor mu?						
DBY10.02	Yedekleme, biri tam ve ikisi fark olmak üzere günde en az 3 defa yapılıyor mu?						
DBY10.03	Yedekleme; harici bellek, taşınabilir kayıt ortamları veya ağ üzerinde çalışan yedek sunucu gibi bir ortamda mı?						
DBY10.04	Alınan yedekleme ortamı, fiziksel olarak SBYS'nin üzerinde çalıştığı alanlardan farklı bir alanda, mümkünse farklı binada mı saklanıyor?						
DBY10.05	Veriler, yedekleme politikasında belirtilen sorumlu kurum (kurum yönetimi, il sağlık müdürlüğü, özel hastane grubu vb.) tarafından offline ortamlarda süresiz olarak saklanıyor mu?						



NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
AĞIZ VE DIŞ SAĞLIĞI MERKEZİ
ÖZ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
KY.FR.09	ARALIK 2023	0	0	119

DOKÜMAN BOYUT	STANDART	SKS PUANI	EVET	HAYIR	K (Karşılıyor) KK (Kısmen Karşılıyor) KM (Karşılmıyor)	ALINAN PUAN	AÇIKLAMA
DBY10.06	Veri kurtarma testleri altı aylık dönemlerde yapılmalı ve kurum yönetimi tarafından kontrol ediliyor mu? o Yedeklemeden geri dönüşüm sağlanıp sağlanmadığı ve veri kaybının olup olmadığı kontrol edilmelidir. o Test kayıt altına alınmalıdır. o Gerektiğinde iyileştirme çalışmaları başlatılmalıdır.						
DBY11	Bilgi Yönetim Sisteminde kullanılan tüm bilgisayarlara yönelik düzenleme yapılmalıdır.	30					
DBY11.01	Tüm bilgisayarlar etki alanına dahil ediliyor mu?						
DBY11.02	Bilgisayarlarda kullanılan tüm programlar lisanslı mı?						
DBY11.03	Bilgisayar donanım ve yazılımlarının güncel envanteri oluşturulmuş mu? o Bulunduğu bölüm o Marka o Model o Seri no o Demirbaş numarası o Donanım ve yazılım adı o İşletim sistemi o Ek aksesuarlar o Alınma tarihi o Varsa garanti süresi						
DBY11.04	Kullanıcı bilgisayarlarındaki virüs yazılımları ve virüs tarama dosyaları ile işletim sistemi ve güvenlik yamalarının güncellenmeleri merkezi bir sunucu vasıtası ile otomatik olarak yapılıyor mu?						
DBY11.05	Misafir kullanıcıların bağlandığı kablosuz ağ bağlantıları için farklı VLAN oluşturuluyor mu?						
DBY12	Bilgi yönetim sisteminin etkinliği ve sürekliliği için gerekli destek sağlanmalıdır.	40					
DBY12.01	Yazılım-donanım destek birimi var mı? o Yazılım ve donanım destek birimi 24 saat kesintisiz hizmet sunmalıdır. o Yazılım ve donanım destek birimi çalışanlarının güncel iletişim bilgileri ilgili birimde bulunmalıdır.						
DBY12.02	Bilgi yönetim sistemindeki arızalar ve sistemin devre dışı kaldığı durumlar nedenleri ile birlikte kayıt altına alınıyor mu?						



NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
AĞIZ VE DIŞ SAĞLIĞI MERKEZİ
ÖZ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
KY.FR.09	ARALIK 2023	0	0	120

DBY12.03	Sistemde tespit edilen kesinti ve arızalara yönelik gerekli iyileştirme çalışmaları yapılıyor mu?	50	SKS PUANI	EVET	HAYIR	K (Karşılıyor) KK (Kısmen Karşılıyor) KM (Karşılmıyor)	ALINAN PUAN	AÇIKLAMA
DBY13.01	Sunucu ve ağ cihazlarına tahsis edilmiş bağımsız bir sistem odası bulunuyor mu?							
DBY13.02	Sistem odasına girişler kontrol altına alınıyor mu? o Kamera sistemi bulunmalıdır. o Sistem odasının kapısı geçiş kontrollü olmalıdır. o Odaya giriş çıkış yapan personelin kayıtları tutulmalıdır. o Yetkisiz personelin girişi engellenmelidir.							
DBY13.03	Su kaynaklı tehlikelere karşı gerekli önlemler alınıyor mu? o Sistem odası suya karşı iyi bir yalıtıma sahip olmalıdır. o Odada su basmasına neden olabilecek musluk, kalorifer peteği, atık su gibi tesisat bulunmamalıdır.							
DBY13.04	Yangın tehlikesine karşı gerekli önlemler alınıyor mu? o Gaz temelli yangın söndürme sistemi (Halon, FM200, CO2 gibi) bulunmalıdır. o Elektrik sisteminin güvenliği sağlanmalıdır. o Yangın dağılımını kolaylaştıracak tefrişat ve malzeme bulunmamalıdır. o Gaz temelli yangın söndürme tüplerinin aktif olması durumunda ortamda kişisel koruyucu donanım hazır bulundurulmalıdır. o Yangın söndürme sürecinde çalışanların güvenliği hakkında gerekli tedbirlerin alınmasına yönelik eğitim verilmelidir.							
DBY13.05	Sistem odasına özel, kurumdaki diğer kesintisiz güç kaynaklarından bağımsız bir kesintisiz güç kaynağı bulunuyor mu? o Fiziksel sunucuların güvenli bir şekilde kapatılabilmesi için gerekli süre en az 30 dk olmalıdır.							
DBY13.06	İdeal sıcaklık ve nem oranları belirlenip kontrolü sağlanıyor mu? o İdeal sıcaklık 18-22°C aralığında olmalıdır. o Nem oranı %45 - %70 aralığında olmalıdır. o Yedekli olarak çalışan ve nem tutma özelliği olan klimalar bulunmalıdır.							



NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
AĞIZ VE DIŞ SAĞLIĞI MERKEZİ
ÖZ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
KY.FR.09	ARALIK 2023	0	0	121

DBY13.07	Alev, duman, ortam sıcaklığı ve su basması ile ilgili olağan dışı durumlarda sistem yöneticilerini uyarmak üzere uyarı sistemi bulunuyor mu?						
DOKÜMAN BOYUT	STANDART	SKS PUANI	EVET	HAYIR	K (Karşılıyor) KK (Kısmen Karşılıyor) KM (Karşılmıyor)	ALINAN PUAN	AÇIKLAMA
DBY14	Sunuculara ait güncel bilgiler kayıt altına alınmalıdır.	20					
DBY14.01	Kurumda bulunan bütün sunucuların kayıtları asgari aşağıdaki bilgileri içerecek şekilde tutuluyor mu? o Sunucunun adı o Yeri o IP adresi o Türü (fiziki/sanal) o Ana işlevi (web, veri tabanı, e-posta vb.) o Üzerinde çalışan uygulama ve servisler o İşletim sistemi ve sürümü o Sorumlu kişi ve iletişim bilgileri o Donanım bilgileri (markası, modeli) o Garanti durum bilgisi o Garanti kapsamında ise ilgili firma ve kişi bilgileri						
DBY15	Sunucunun güvenliğini sağlamaya yönelik tedbirler alınmalıdır.	50					
DBY15.01	Sunucu üzerinde çalışan işletim sistemleri, hizmet sunucu yazılımları ve antivirüs gibi koruma amaçlı yazılımlar güncel mi?						
DBY15.02	Sunucuların yazılım ve donanım bakımları üretici firmanın uygun gördüğü süreler dâhilinde yetkili kişiler tarafından yapılıyor mu?						
DBY15.03	Sunucular güvenlik duvarının arkasında mı bulunuyor? o Mevcut Sağlık Bilişim Ağı (SBA) mimarisi uyarınca güvenlik duvarı olmayan kurumlarda, sunucular son kullanıcı ve tıbbi cihazlardan farklı bir VLAN'a konumlandırılmış olmalıdır.						
DBY16	Veri tabanı güvenliğini sağlamaya yönelik tedbirler alınmalıdır.	30					



NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
AĞIZ VE DIŞ SAĞLIĞI MERKEZİ
ÖZ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
KY.FR.09	ARALIK 2023	0	0	122

DBY16.01	Veri tabanı sistem iz kayıtları tutulmalı ve gerektiğinde kurum yönetimi tarafından izlenebilir mi? o Veri tabanı veya tablolarda sisteme giriş yapan kullanıcılar, gerçekleştirdikleri işlemler, sistem ayarlarında gerçekleştirilen değişiklikler, sistem mesajları ve hatalara ilişkin iz kayıtları yazılım tarafından kayıt altına alınmalıdır.							
DBY16.02	Veri tabanı ile ilgili sorumlu kişilerin iletişim bilgileri bulunuyor mu?							
DBY16.03	Kullanıcıların arayüze bağlanmak için kullandıkları parolalar şifreli bir şekilde saklanıyor mu?							
DBY16.04	Veri tabanı üzerinde iz kaydı alınması gereken işlemler belirleniyor mu?							
DBY16.05	Kullanıcılar veri tabanına yapılacak müdahale öncesinde bilgilendiriliyor mu?							
DBY17	Diş ortamdan iç ortama erişimlerde güvenlik tedbirleri alınmalıdır.	50						
DBY17.01	Diş ortamdan iç ortama erişebilme koşulları ve erişim sağlayabilecek kişiler belirleniyor mu?							
DBY17.02	Hizmet alımı kapsamında kurum verilerine fiziksel veya bilgi sistemleri vasıtası ile erişim sağlayabilen tüm kişilere kişisel gizlilik sözleşmesi imzalatılıyor mu?							
DBY17.03	Kurum verilerine fiziksel veya bilgi sistemleri vasıtası ile erişim sağlayabilen tüm firmaların kurumsal gizlilik sözleşmesi bulunuyor mu?							
DBY17.04	Diş ortamdan iç ortama yapılan erişimler kayıt altına alınıyor mu?							

İLGİLİ BÖLÜM TOPLAM PUANI: KURUM ÖZ DEĞERLENDİRME PUANI: KURUM SKS BÖLÜM PUANI :

DENETLENEN BÖLÜM SORUMLULARI	İMZA	ÖZ DEĞERLENDİRME EKİBİ	İMZA



NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
AĞIZ VE DIŞ SAĞLIĞI MERKEZİ
ÖZ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
KY.FR.09	ARALIK 2023	0	0	123

MALZEME VE CİHAZ YÖNETİMİ							Tarih:
DOKÜMAN BOYUT	STANDART	SKS PUANI	EVET	HAYIR	K (Karşılıyor) KK (Kısmen Karşılıyor) KM (Karşılmıyor)	ALINAN PUAN	AÇIKLAMA
DMC01	Malzemelerin yönetimine ilişkin görev, yetki ve sorumluluklar tanımlanmalıdır.	20					
DMC02	Malzeme ihtiyaç tespiti ve teminine yönelik düzenleme bulunmalıdır.	30					
DMC02.01	Malzeme ihtiyaç tespiti ve temini ile ilgili süreçler asgari aşağıdaki konuları kapsayacak şekilde tanımlanıyor mu? o Malzemelere ilişkin ihtiyacın tespit edilme süreci o Malzeme talep yetkisi bulunan kişiler o Talep yöntemi o Taleplerin yönetim tarafından değerlendirilmesi o Teknik şartname hazırlanması o Satın alma yönteminin belirlenmesi o Tekliflerin değerlendirilme süreci o Malzemelerin kontrolü ve kabulü						
DMC02.02	Kurumda bulundurulması gereken malzemeler birim bazında belirleniyor mu? o İhtiyaç duyulan malzeme miktarı kurumun önceki yıllardaki verileri ve sunmayı planladığı hizmet kapasitesi dikkate alınarak hesaplanmalıdır.						
DMC03	Malzemelerin muhafazasına yönelik düzenleme bulunmalıdır.	40					
DMC03.01	Malzemelerin cinsine göre depolanması ve muhafaza süreçlerine yönelik doküman hazırlanıyor mu?						
DMC03.02	Tanımlanmış malzeme depoları ve tıbbi tüketim malzemelerinin 24 saatten fazla tutulduğu tüm birim depolarına, tanımlanmış yetkili çalışanlar haricindeki kişilerin erişimi sınırlandırılıyor mu?						
DMC03.03	Malzemeler, depolama alanlarında özelliklerine göre uygun muhafaza koşullarında saklanıp kayıt altına alınıyor mu?						
DMC03.04	Depoların temizliği, düzenli aralıklarla yapılıp kayıtları tutuluyor mu?						
DMC03.05	Malzemeler, cinsine göre uygun sıcaklık ve nem koşullarında depolanıyor mu?						
DMC03.06	Steril sarf malzemeler, uygun koşullarda muhafaza ediliyor mu?						
DMC03.07	Muhafazası yapılan malzemelerin miat takibi elektronik olarak yapılabiliyor mu?						



NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
AĞIZ VE DIŞ SAĞLIĞI MERKEZİ
ÖZ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
KY.FR.09	ARALIK 2023	0	0	124

DOKÜMAN BOYUT	STANDART	SKS PUANI			K (Karşılıyor) KK (Kısmen Karşılıyor) KM (Karşılmıyor)	ALINAN PUAN	AÇIKLAMA
			EVET	HAYIR			
DMC03.08	Tıbbi sarf malzemelerde beklenmeyen etkilerin ve hatalı ürünlerin takibi ve bildirim yapıyor mu?						
DMC04	Malzemelerin stok kontrol sürecine yönelik kurallar tanımlanmalıdır.	40					
DMC04.01	Stok kontrol sürecinde uygulanacak olan stok takip yöntemi (FIFO, FEFO, LIFO vb.) belirleniyor mu?						
DMC04.02	Malzemelerin minimum, kritik ve maksimum stok seviyeleri belirlenip takip ediliyor mu?						
DMC04.03	Birden çok hastaya kullanılan sarf malzemelerinin (dolgu, kompozit, siman, bond vb.) klinik bazında kullanım miktarlarının kontrol ve takibine yönelik süreçler tanımlanıyor mu?						
DMC05	Malzemelerin birimlere güvenli şekilde taşınmasına yönelik düzenleme bulunmalıdır.	30					
DMC05.01	Malzemelerin güvenli taşınması için gerekli donanım bulunuyor mu?						
DMC05.02	Malzemelerin depolardan birimlere transferi sırasında gerçekleşebilecek kırılma, yırtılma, dökülme gibi durumlara karşı önlemler alınıyor mu?						
DMC05.03	Taşınması açısından özel nitelikli ve tehlikeli malzemeler tanımlanmalı ve malzemelerin transferini gerçekleştirecek çalışanlara güvenli transfer ile ilgili eğitim veriliyor mu?						
DMC05.04	Malzemelerin birimlere teslimi kayıt altına alınıyor mu?						
DMC06	Uygunsuz malzemelerin geri çekilmesi, muhafazası ve iade şartları ile ilgili kurallar tanımlanmalıdır.	30					
DMC07	Tehlikeli maddelerin yönetimine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	50					
DMC07.01	Tehlikeli maddelerin güvenli taşınması, depolanması ve kullanılmasına yönelik kurallar tanımlanıyor mu?						
DMC07.02	Tehlikeli maddelerin dökülmesi ve bu maddelere maruz kalma durumunda yapılması gerekenler belirleniyor mu?						



NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
AĞIZ VE DIŞ SAĞLIĞI MERKEZİ
ÖZ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
KY.FR.09	ARALIK 2023	0	0	125

DOKÜMAN BOYUT	STANDART	SKS PUANI			K (Karşılıyor) KK (Kısmen Karşılıyor) KM (Karşılmıyor)	ALINAN PUAN	AÇIKLAMA
			EVET	HAYIR			
DMC07.03	Kullanılan tehlikeli maddelerin envanteri asgari aşağıdaki bilgileri kapsayacak şekilde oluşturuluyor mu? o Tehlikeli maddenin ismi, markası, etken maddesi, türü (toz, kristal vb.), kullanım şekli ve miadı o Saklama koşulları o Etkileşime girdiği maddeler o Temas halinde yapılacaklar o Kullanıldığı ve depolandığı yerler o Taşıma şekli o İmha yöntemleri o Tehlikeli madde sınıfını gösteren simgeler						
DMC07.04	Envanter, depo ve kullanım alanlarında bulunuyor mu?						
DMC07.05	Tehlikeli maddelerin üzerinde tehlikeli madde sınıfını gösteren etiketler bulunmalı, etikette maddenin adı ve tehlikeli madde sınıfını gösteren simge bulunuyor mu?						
DMC07.06	Kullanıcılara, tehlikeli madde sınıfını gösteren simgeler hakkında eğitim veriliyor mu?						
DMC08	Cihazların yönetimine ilişkin görev, yetki ve sorumluluklar tanımlanmalıdır.	20					
DMC09	Cihazların temini ve hizmete sunulmasına yönelik düzenleme bulunmalıdır.	30					
DMC09.01	Cihazlara yönelik ihtiyaç tespiti, cihazların temini ve hizmete sunulmasına yönelik süreçler asgari aşağıdaki konuları kapsayacak şekilde tanımlanıyor mu? o Cihazlara ilişkin ihtiyacın tespit edilme süreci o Cihaz talep yetkisi bulunan çalışanlar o Talep yöntemi o Taleplerin nasıl ve kimler tarafından değerlendirileceği o Teknik şartname hazırlanması o Tekliflerin değerlendirilme süreci o Cihazların temini o Temin edilen cihazların kontrolü o Cihazların tedarikçiden teslim alınması ve hizmete sunulması						



NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
AĞIZ VE DIŞ SAĞLIĞI MERKEZİ
ÖZ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
KY.FR.09	ARALIK 2023	0	0	126

DOKÜMAN BOYUT	STANDART	SKS PUANI			K (Karşılıyor) KK (Kısmen Karşılıyor) KM (Karşılmıyor)	ALINAN PUAN	AÇIKLAMA
			EVET	HAYIR			
DMC10	Cihazların izlenebilirliği sağlanmalıdır.	40					
DMC10.01	Cihazların bölüm bazında envanteri bulunuyor mu? o Envanterde aşağıdaki asgari bilgiler bulunmalıdır: * Cihazın adı * Cihazı tanımlayan kimlik numarası (biyomedikal numarası veya demirbaş numarası) * Seri numarası * Markası * Bulunduğu bölüm						
DMC10.02	Asgari aşağıdaki bilgileri içerecek şekilde cihaz kartı veya etiketi bulunuyor mu? o Cihazı tanımlayan kimlik numarası (biyomedikal numarası veya demirbaş numarası) o Bulunduğu bölüm						
DMC10.03	Tıbbi cihazların envanteri Bakanlıkça tanımlanan sistem üzerinden izlenebilir mi?						
DMC11	Cihazların güvenli ve verimli kullanımına yönelik düzenleme yapılmalıdır.	30					
DMC11.01	Cihazların güvenli ve verimli kullanımına ilişkin süreçler ve bu süreçlere yönelik kurallar tanımlanıyor mu? o Cihazların verimli kullanımı için kesintisiz teknik destek sağlanmalıdır. o Personele cihazın kullanımı için gerekli eğitimler verilmelidir. o Cihazın güvenli ve verimli kullanımı açısından fiziki ve teknik altyapı uygun şekilde oluşturulmalıdır. o Cihazların verimli ve güvenli çalışması için uygun malzeme ve ekipman kullanılmalıdır. o Cihazların bakım ve kalibrasyonları düzenli olarak yapılmalıdır. o Tıbbi cihazlarda maliyetler ile üretilen hizmet çıktıları izlenmeli ve cihazların verimliliği değerlendirilmelidir.						
DMC11.02	Cihazların temizliği, dezenfeksiyonu ve sterilizasyonu ile ilgili kurallar tanımlanıyor mu?						
DMC11.03	Cihaz kullanımı esnasında oluşabilecek tehlikeli durumlara yönelik müdahale yöntemleri belirleniyor mu?						



NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI MERKEZİ
ÖZ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
KY.FR.09	ARALIK 2023	0	0	127

DOKÜMAN BOYUT	STANDART	SKS PUANI	EVET	HAYIR	K (Karşılıyor) KK (Kısmen Karşılıyor) KM (Karşılmıyor)	ALINAN PUAN	AÇIKLAMA
DMC12	Uygunsuz cihazların geri çekilmesi, muhafazası, kullanım dışı bırakılması ve iade şartları ile ilgili kurallar tanımlanmalıdır.	30					
DMC13	Tıbbi cihazların güvenli kullanımına yönelik bakım, onarım, ayar, test, kontrol ve kalibrasyonu yapılmalıdır.	50					
DMC13.01	Tıbbi cihazların bakım, onarım, ayar, test, kontrol ve kalibrasyonu ile ilgili süreçler tanımlanmalı ve bir plan dahilinde izleniyor mu? o Tıbbi cihazların güvenli çalışması ve doğru sonuç vermesi amacıyla, firma önerileri, hastane ihtiyaçları ve kullanım yoğunluğuna göre belirlenen şekilde ve sıklıkta, bakım, onarım, ayar ve kalibrasyon işlemleri yapılmalıdır.						



NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
AĞIZ VE DIŞ SAĞLIĞI MERKEZİ
ÖZ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
KY.FR.09	ARALIK 2023	0	0	128

DOKÜMAN BOYUT	STANDART	SKS PUANI			K (Karşılıyor) KK (Kısmen Karşılıyor) KM (Karşılmıyor)	ALINAN PUAN	AÇIKLAMA
			EVET	HAYIR			
DMC13.02	<p>Kalibrasyonu yapılan tıbbi cihazların test, kontrol ve kalibrasyon raporu bulunmalı, raporda asgari aşağıdaki bilgiler yer alıyor mu?</p> <ul style="list-style-type: none">o Kuruluşun adı ve iletişim bilgilerio Varsa yetki belgesine ait bilgio Test, kontrol ve kalibrasyonu yapılan tıbbi cihazın bulunduğu kuruma ait tanımlayıcı bilgilerio Test, kontrol ve kalibrasyonu yapılan tıbbi cihazın yeri, adı, markası, modeli, kimlik ve seri numarasıo Tıbbi cihaza yapılan test, kontrol ve kalibrasyon işlemleri, ölçüm değerleri, sonuçları ve ölçüm belirsizliği ile bu işlemlerin hangi standart ve kriterlere göre yapıldığıo Test, kontrol ve kalibrasyon işlemi için kullanılan cihaz, donanım, yazılım ve aksesuarların adı markası, modeli, seri numarası, kalibrasyon tarihi, sertifika numarası ve kalibrasyonun yapıldığı yero Test, kontrol ve kalibrasyonu yapan ve onaylayan kişilerin adı, soyadı ve imzasıo Test, kontrol ve kalibrasyonun yapıldığı yer, tarih ve geçerlilik süresio Test, kontrol ve kalibrasyonun yapıldığı yerin ortam şartları ile ilgili sıcaklık, basınç, nem ve benzeri bilgilero Test, kontrol ve kalibrasyon raporunun numarasıo Kalibrasyonu yapan personelin eğitim sertifikasyon bilgilerio Hizmet alımı yoluyla kurumda yapılan test, kontrol ve kalibrasyon çalışmaları sırasında tüm süreci gözetim altında tutan kurum personelinin imzası						
DMC13.03	<p>Kalibrasyon testine tabi tutulan tıbbi cihazların kalibrasyon etiketi bulunmalı, etiket üzerinde asgari aşağıdaki bilgiler bulunuyor mu?</p> <ul style="list-style-type: none">o Kalibrasyonu yapan firmaya ait tanımlayıcı bilgio Cihaz kimlik numarasıo Kalibrasyon tarihio Kalibrasyon geçerlilik süresio Kalibrasyon sertifika numarası						



NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
AĞIZ VE DIŞ SAĞLIĞI MERKEZİ
ÖZ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
KY.FR.09	ARALIK 2023	0	0	129

DOKÜMAN BOYUT	STANDART	SKS PUANI			K (Karşılıyor) KK (Kısmen Karşılıyor) KM (Karşılmıyor)	ALINAN PUAN	AÇIKLAMA
			EVET	HAYIR			
DMC13.04	Kalibrasyon testini geçen, kısmi geçen veya geçemeyen cihazlar için kalibrasyon etiketlerinde farklı renklendirmeler yapıyor mu?						
DMC14	Test, kontrol ve kalibrasyon sonucuna göre kullanıma uygun olmadığı tespit edilen veya sınırlı kullanım kararı verilen tıbbi cihazlar ile ilgili süreçler tanımlanmalıdır.	40					
DMC14.01	Kullanıma uygun olmadığı tespit edilen tıbbi cihazların bakım, onarım ve yeniden kalibrasyonuna yönelik süreçler tanımlanıyor mu? o Kullanıma uygun olmadığı tespit edilen tıbbi cihazların bakım, onarım ve yeniden kalibrasyonuna kadar geçen süreçte hizmet sunumunun nasıl sürdürüleceği belirlenmelidir.						
DMC14.02	Sınırlı kullanım kararı verilen cihazın test, kontrol ve kalibrasyon sonucunda uygun olmadığı tespit edilen fonksiyonları kullanılmamasına dikkat ediliyor mu? o Kullanılmaması gereken fonksiyonlar çalışanlar tarafından cihaz üzerinde izlenebilir olmalıdır.						
DMC15	Cihaz arıza bildirim ve onarım süreçleri tanımlanmalı ve kayıt altına alınmalıdır.	30					
DMC15.01	Arıza ve onarım süreçleri ve süreçlere ilişkin kurallar tanımlanıyor mu?						
DMC15.02	Cihazlarda meydana gelen arızaların bildirim en kısa sürede sağlanıyor mu?						
DMC15.03	Cihaz arızaları ile arıza bildirim ve onarım süreçleri kayıt altına alınıyor mu?						
DMC15.04	Arıza durumunda cihaz kullanım dışı bırakılmalı ve cihaz üzerinde arıza uyarısı bulunuyor mu?						
DMC16	Tıbbi cihazlar ile ilgili gerçekleşen istenmeyen ve beklenmeyen olayların bildirimine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	30					
DMC16.01	Tıbbi cihazlar ile ilgili istenmeyen ve beklenmeyen olayların bildirimine yönelik sorumlular ve sorumlulukları tanımlanıyor mu?						
DMC16.02	Bildirimler, Bakanlıkça tanımlanan sistem üzerinden yapılıyor mu?						



NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
AĞIZ VE DIŞ SAĞLIĞI MERKEZİ
ÖZ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
KY.FR.09	ARALIK 2023	0	0	130

DOKÜMAN BOYUT	STANDART	SKS PUANI			K (Karşılıyor) KK (Kısmen Karşılıyor) KM (Karşılmıyor)	ALINAN PUAN	AÇIKLAMA
			EYET	HAYIR			
DMC17	Cihazların kullanım dışı bırakılması sürecine yönelik düzenleme bulunmalıdır.	20					
DMC17.01	Cihazların kullanım dışı bırakılmasına (geçici veya sürekli kullanım dışı bırakma, hurdaya ayırma vb.) yönelik kurallar tanımlanıyor mu?						
DMC17.02	Tıbbi cihazların kullanım dışı bırakılması durumunda Bakanlıkça tanımlanan takip sistemine bildirim yapılıyor mu?						
DMC18	Hasta Başı Test Cihazlarının (HBTC) kullanım süreci ve kalite kontrol çalışmalarına yönelik düzenleme yapılmalıdır.	50					
DMC18.01	Kurumda kullanılan HBTC'ler izlenebilir şekilde tanımlanıyor mu? o İzlenebilirliği sağlayabilmek amacıyla cihazların kullanıldığı birim, birim cihaz sorumlusu, cihaz numarası, cihaz türü, marka ve model bilgilerini içeren envanter oluşturulmalıdır.						
DMC18.02	HBTC'nin bakımı ve temizliği ile ilgili sorumlular ve sorumluluklar tanımlanıyor mu?						
DMC18.03	HBTC için kalite kontrol çalışma süreçleri tanımlanıyor mu? o Kalite kontrol testleri kayıt altına alınmalıdır.						
DMC18.04	Kalite kontrol sonuçlarında uygunsuzluk tespit edilmesi halinde düzeltici ve iyileştirici faaliyetler başlatılıyor mu?						
DMC18.05	HBTC'yi kullanacak çalışanlara asgari aşağıdaki konularda eğitim veriliyor mu? o Çalışılacak testlerin preanalitik, analitik ve postanalitik evrelerinde dikkat edilmesi gereken hususlar o Kalibrasyon ve kalite kontrol sonuçlarının değerlendirilmesi o Cihazın temizliği ve bakımı						
DMC18.06	HBTC'de çalışılmış olan tüm test sonuçları hasta dosyasına kayıt ediliyor mu?						

İLGİLİ BÖLÜM TOPLAM PUANI: KURUM ÖZ DEĞERLENDİRME PUANI: KURUM SKS BÖLÜM PUANI :

DENETLENEN BÖLÜM SORUMLULARI	İMZA	ÖZ DEĞERLENDİRME EKİBİ	İMZA



NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
AĞIZ VE DIŞ SAĞLIĞI MERKEZİ
ÖZ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
KY.FR.09	ARALIK 2023	0	0	131

TIBBİ KAYIT VE ARŞİV HİZMETLERİ								Tarih:
DOKÜMAN BOYUT	STANDART	SKS PUANI	EVET	HAYIR	K (Karşılıyor) KK (Kısmen Karşılıyor) KM (Karşılmıyor)	ALINAN PUAN	AÇIKLAMA	
DTA01	Tıbbi kayıt ve arşiv hizmetlerine ilişkin düzenleme bulunmalıdır.	30						
DTA01.01	Ayaktan ve yatan tüm hastaların tıbbi kayıt ve arşiv hizmetleri ile ilgili süreçler aşağıdaki konuları kapsayacak şekilde tanımlanıyor mu? o Tıbbi kayıtlarla ilgili sorumlular ve sorumlulukları o Kurum standart dosya planı ve içeriği o Hasta dosyası içeriğinin kontrolü ve eksikliklerin tamamlanması o Arşiv hizmetlerinin işleyişi							
DTA02	Tıbbi kayıt ve arşiv hizmetleri elektronik ortama dayalı olarak kurgulanmalıdır. İlgili mevzuat gereğince fiziki olarak oluşturulması, kullanılması ve saklanması zorunlu olan yazılı doküman haricindeki tüm doküman ve kayıtlar elektronik olarak oluşturulmalı, kullanılmalı ve saklanmalıdır.	30						
DTA03	Tıbbi kayıtların bir düzen içinde ve eksiksiz tutulması, saklanması ve kullanılmasına yönelik sorumlular ve sorumlulukları tanımlanmalıdır.	20						
DTA04	Tıbbi kayıtlara erişimde bilgi mahremiyeti ve güvenliği sağlanmalıdır.	30						
DTA04.01	Tıbbi kayıtlarda yer alan bilgilerin mahremiyeti ve güvenliği ile ilgili kurallar aşağıdaki hususları kapsayacak şekilde tanımlanıyor mu? o Çalışanların bilgiye erişim konusundaki yetkileri (kimin hangi bilgiye ne zaman erişebileceği) o Bilgiye erişim yetkisi olan kişilerin, bilgileri gizli tutma yükümlülüğü o Gizlilik ve mahremiyetin ihlali durumunda izlenecek süreç							
DTA05	Hasta dosyaları sabit bir dosya numarası ile standart bir dosya içeriğine sahip olmalıdır.	50						



NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
AĞIZ VE DIŞ SAĞLIĞI MERKEZİ
ÖZ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
KY.FR.09	ARALIK 2023	0	0	132

DOKÜMAN BOYUT	STANDART	SKS PUANI			K (Karşılıyor) KK (Kısmen Karşılıyor) KM (Karşılmıyor)	ALINAN PUAN	AÇIKLAMA
			EVET	HAYIR			
DTA05.01	Ayaktan ve yatan hastaların tıbbi kayıtlarına, her başvuruda, aynı sabit dosya numarası ile erişilebiliyor mu? o Ayaktan hastaların poliklinik sürecine ilişkin tüm tıbbi kayıtlarına (önemli semptom ve bulgular, ön tanı, tetkik sonuçları, tanı, tedavi gibi), belirlenen sabit dosya numarası üzerinden fiziki veya elektronik ortamda geriye dönük erişilebilir olmalıdır.						
DTA05.02	Hasta dosyaları için standart bir dosya içeriği belirleniyor mu? o Dosyalarda bulunması gereken asgari bilgi ve doküman tanımlanmalıdır. o Söz konusu tanımlama, gerektiğinde branş veya bölüm bazında gerçekleştirilmelidir.						
DTA05.03	Hasta dosyalarında, hastaya ait asgari aşağıdaki bilgiler bulunuyor mu? o Adı-Soyadı o Doğum tarihi o Cinsiyeti o İkametgah bilgileri o Medeni durumu o Eğitim durumu o Hastanın kendisi ile ilgili tıbbi kayıtlara erişim konusunda başka birine yetki verip vermediği, verdi ise kişiye ait bilgiler o Şimdiki veya daha önceki mesleği						
DTA05.04	Hasta dosyaları içerik ve kayıtların eksiksiz olması açısından kontrolleri yapılarak arşivleniyor mu?						
DTA06	Hasta taburculuk özeti hazırlanmalıdır.	30					
DTA06.01	Taburculuk özeti, taburculuk kararı ile birlikte en kısa sürede yazılıyor mu?						
DTA06.02	Taburculuk özetinde asgari aşağıdaki bilgiler yer alıyor mu? o Hastanın başvuru nedeni o Önemli bulguları o Konulan teşhis o Uygulanan tedaviler o Hasta taburcu olurken genel durumu o Taburcu olduktan sonra kullanacağı ilaçlar o Kontrol zamanı o Acil durumlarda hastanın arayabileceği telefon numaraları o Hastanın dikkat edeceği hususlar						



NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
AĞIZ VE DIŞ SAĞLIĞI MERKEZİ
ÖZ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
KY.FR.09	ARALIK 2023	0	0	133

DOKÜMAN BOYUT	STANDART	SKS PUANI	EVET	HAYIR	K (Karşılıyor) KK (Kısmen Karşılıyor) KM (Karşılmıyor)	ALINAN PUAN	AÇIKLAMA
DTA06.03	Taburculuk özetinin bir nüshası hastanın dosyasında bulunmalı, diğer nüsha hastaya veriliyor mu?						
DTA07	Arşiv bölümünde hasta dosyalarının saklanmasına yönelik uygun fiziki ortam oluşturulmalıdır.	40					
DTA07.01	Arşiv bölümü, tüm birimlerin kolayca ulaşabilecekleri şekilde konumlandırılıyor mu?						
DTA07.02	Arşivde bulunan hasta dosyalarının korunmasına yönelik tedbirler alınıyor mu? o Sıcaklık ve nem takibi yapılmalıdır. o İklimlendirme yapılmalıdır. o Haşere, hırsızlık, yangın ve su baskınlarına karşı önlemler alınmalıdır.						
DTA08	Arşiv hizmetlerinin işleyişine yönelik düzenleme bulunmalıdır.	30					
DTA08.01	Arşiv hizmetlerinin işleyişine yönelik kurallar asgari aşağıdaki hususları kapsayacak şekilde tanımlanıyor mu? o Arşiv planı o Arşive erişim ile ilgili yetkilendirme o Dosyaların arşive teslimi, içeriğinin kontrolü ve kabulü o Kabul edilen dosyaların arşive yerleştirilmesi o Dosyaların arşivden çıkışı o Arşive yerleştirilen dosyaların korunması, saklanması ve imhası ile ilgili usul ve esaslar						
DTA08.02	Arşiv planı, hasta dosyalarına kolay erişimi sağlayacak ve izlenebilir şekilde oluşturuluyor mu?						

İLGİLİ BÖLÜM TOPLAM PUANI: KURUM ÖZ DEĞERLENDİRME PUANI: KURUM SKS BÖLÜM PUANI :

DENETLENEN BÖLÜM SORUMLULARI	İMZA	ÖZ DEĞERLENDİRME EKİBİ	İMZA



NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
AĞIZ VE DIŞ SAĞLIĞI MERKEZİ
ÖZ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
KY.FR.09	ARALIK 2023	0	0	134

ATIK YÖNETİMİ							Tarih:
DOKÜMAN BOYUT	STANDART	SKS PUANI	EVET	HAYIR	K (Karşılıyor) KK (Kısmen Karşılıyor) KM (Karşılmıyor)	ALINAN PUAN	AÇIKLAMA
DAY01	Atık yönetimine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	30					
DAY01.01	Atık yönetimine yönelik asgari aşağıdaki konuları kapsayan doküman oluşturulmalı ve düzenli aralıklarla güncelleniyor mu? o Atıkların kaynağı, miktarı ve türleri o Atıkların kaynağında ayrıştırılması o Üretilen atık miktarının azaltılması o Oluşan atık miktarı ile ilgili bilgilerin düzenli olarak kayıt altına alınması o Kurum içinde atıkların usulüne uygun olarak toplanması ve taşınması o Toplama sıklığı ve kuralları o Atıkları taşımada kullanılacak ekipman ve araçlar o Toplama ekipmanının temizliği ve dezenfeksiyonu o Geçici depolama alanlarının kullanımı ve atıkların depolanması ile ilgili kurallar o Geçici depolama alanlarının temizliği ve dezenfeksiyon kuralları o Atıkların teslim alınması, taşınması ve bertarafı amacıyla ilgili belediye veya yüklenici ile protokol yapılması o Atıkların toplanması ve taşınması sırasında oluşabilecek kazalara karşı alınacak önlemler ve kaza durumunda yapılacak işlemler o Atıkların toplanması ve taşınmasında görevli personelin eğitimi o Atık yönetimi sürecinde yer alan sorumlular o Atık taşıma araçlarının kurum içinde izleyeceği güzergah						



NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
AĞIZ VE DIŞ SAĞLIĞI MERKEZİ
ÖZ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
KY.FR.09	ARALIK 2023	0	0	135

DOKÜMAN BOYUT	STANDART	SKS PUANI			K (Karşılıyor) KK (Kısmen Karşılıyor) KM (Karşılmıyor)	ALINAN PUAN	AÇIKLAMA
			EVET	HAYIR			
DAY02	Atıklar, kaynağında ayrıştırılmalıdır.	50					
DAY02.01	Atıklar asgari aşağıdaki kategorilerde ayrıştırılıyor mu? o Evsel atıklar * Genel Atıklar * Ambalaj Atıkları o Tıbbi atıklar * Enfeksiyöz/tıbbi atık * Patolojik atık * Kesici-delici atık o Tehlikeli atıklar * Kimyasal atıklar * Bitkisel yağ atıkları * Pıl/akümülatör * Floresan lamba atıkları o Radyoaktif atıklar						
DAY02.02	Bölüm bazında oluşan atık türlerine göre uygun atık kutuları bulunuyor mu?						
DAY02.03	Atık kutuları, içeriğin uygunluğu açısından belli aralıklarda kontrol ediliyor mu?						
DAY02.04	Atık toplama kutuları konumlandırılırken atık kaynaklarına uzaklığı ve kullanım kolaylığı göz önünde bulunduruluyor mu?						
DAY02.05	Atık kutularının üzerinde uluslararası uyarı işaretleri ve atığı tanımlayan ifade bulunuyor mu?						
DAY03	Atıkların toplanması ve taşınmasına yönelik kurallar belirlenmelidir.	40					
DAY03.01	Atıklar, hasta ve çalışan güvenliğine zarar vermeyecek bir şekilde toplanıp taşınıyor mu?						
DAY03.02	Atıkların toplanması ve taşınması sırasında görevli personelin giysileri uygun nitelikte mi?						
DAY03.03	Atık poşetlerinin, hangi birimden toplandığına dair tanımlayıcı bilgi bulunuyor mu?						
DAY03.04	Atıkların toplanması ve taşınmasında görevli personel gerekli eğitim ve belgeleri almış mı?						
DAY03.05	Atıkların toplanması ve taşınması ile ilgili risk değerlendirmesi yapılmalı, oluşabilecek kazalara karşı gerekli önlemler alınıyor mu?						
DAY03.06	Uygun niteliklere sahip atık toplama ekipmanı kullanılıyor mu?						
DAY03.07	Atık torbaları, kurum içinde uygun niteliklere sahip, temizlenmesi kolay, kapaklı ekipman ile taşınıyor mu?						



NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI MERKEZİ
ÖZ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
KY.FR.09	ARALIK 2023	0	0	136

DOKÜMAN BOYUT	STANDART	SKS PUANI			K (Karşılıyor) KK (Kısmen Karşılıyor) KM (Karşılmıyor)	ALINAN PUAN	AÇIKLAMA
			EVET	HAYIR			
DAY03.08	Torbalar en fazla ¾ oranında doldurulmalı, içeriği hiçbir şekilde sıkıştırılmamalı, ağızları sıkıca bağlanmalı ve kesin sızdırmazlık sağlanıyor mu?						
DAY03.09	Torbalar hiçbir şekilde geri kazanılmamalı ve tekrar kullanılmamasına dikkat ediliyor mu?						
DAY04	Atıklar ilgili kuruluşa teslim edilinceye kadar geçici depolama alanlarında depolanmalıdır.	40					
DAY04.01	Kurumun büyüklüğü ve atık kapasitesine göre uygun boyutlarda ve uygun niteliklere sahip konteyner veya geçici atık deposu bulunuyor mu?						
DAY04.02	Kurumda bulunan geçici tıbbi atık deposu asgari aşağıdaki özelliklere sahip mi? o Deponun tabanı ve duvarları sağlam, geçirimsiz, mikroorganizma ve kir tutmayan, temizlenmesi ve dezenfeksiyonu kolay bir malzeme ile kaplanmalı ve depolarda yeterli aydınlatma bulunmalıdır. o Depolama süresi dikkate alınarak uygun havalandırma ve iklimlendirme sağlanmalıdır. o Depo kapısı üzerinde "Uluslararası Biyotehlike" amblemi ile "DİKKAT! TIBBİ ATIK" ibaresi bulunmalıdır. o Depo kapısı kilitli tutulmalı, yetkili olmayan kişilerin girmelerine izin verilmemelidir. o Depo, sağlık kuruluşu giriş-çıkışı gibi yoğun insan trafiğinin olduğu yerler ile gıda depolama, hazırlama ve satış yerlerinin yakınlarına tesis edilmemelidir. o Deponun temizliği ve dezenfeksiyonu uygun dezenfektan kullanılarak yapılmalıdır. o Depoda ızgaralı drenaj sistemi ve su musluğu bulunmamalıdır. o Depo, tıbbi atıkların geçici depolanması dışında başka bir amaçla kullanılmamalıdır.						



NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
AĞIZ VE DIŞ SAĞLIĞI MERKEZİ
ÖZ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
KY.FR.09	ARALIK 2023	0	0	137

DOKÜMAN BOYUT	STANDART	SKS PUANI			K (Karşılıyor) KK (Kısmen Karşılıyor) KM (Karşılmıyor)	ALINAN PUAN	AÇIKLAMA
			EVET	HAYIR			
DAY04.03	<p>Kurumda bulunan konteynerler asgari aşağıdaki özelliklere sahip mi?</p> <p>o Paslanmaz metal, plastik veya benzeri malzemedен yapılmış; tekerlekli, kapaklı, kapakları kilitlenebilir olmalıdır.</p> <p>o Konteynerlerin dış yüzeylerinde “Uluslararası Biyotehlike” amblemi ile “DİKKAT! TIBBİ ATIK” ibaresi bulunmalıdır.</p> <p>o Konteynerler sağlık kuruluşunun en az iki günlük tıbbi atığını alabilecek sayıda olmalıdır.</p> <p>o Konteynerler, kullanıldıkları sağlık kuruluşu sınırları içinde; doğrudan güneş almayan, sağlık kuruluşu giriş-çıkışı ve kaldırım gibi yoğun insan trafiğinin olduğu yerler ile gıda depolama, hazırlama ve satış yerlerinden uzağa yerleştirilmelidir.</p> <p>o Konteynerlerin kapakları kilitli tutulmalı, yetkili olmayan kişilerin açmasına izin verilmemelidir.</p> <p>o Konteynerler, atıklar boşaltıldıktan sonra dezenfekte edilmelidir.</p> <p>o Konteynerler, tıbbi atıkların geçici depolanması dışında başka bir amaçla kullanılmamalıdır.</p>						
DAY04.04	Atıklar, atık türlerine göre belirlenmiş maksimum bekleme sürelerini aşmayacak şekilde geçici depolanıyor mu?						
DAY04.05	Geçici atık deposu veya konteynerin temizliği hakkında görevli personele eğitim veriliyor mu?						
DAY04.06	Depolanan atıklar, nihai bertaraf işlemi için yetkili kuruma teslim edilmeli ve kayıt altına alınıyor mu?						



NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI MERKEZİ
ÖZ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
KY.FR.09	ARALIK 2023	0	0	138

DOKÜMAN BOYUT	STANDART	SKS PUANI			K (Karşılıyor) KK (Kısmen Karşılıyor) KM (Karşılmıyor)	ALINAN PUAN	AÇIKLAMA
			Evet	Hayır			
DAY05	Atık yönetimi konusunda sağlık çalışanlarına eğitim verilmelidir.	30					
DAY05.01	Atığın üretildiği birimlerdeki sağlık çalışanlarına asgari aşağıdaki konuları kapsayacak şekilde eğitim verilip kayıt altına alınıyor mu? o Atık türleri ve atıkların türlerine göre ayrıştırılması o Atık toplama ekipmanının kullanımı o Atıkların toplanması, taşınması, geçici depolanması hakkında genel bilgi o Atıkların yarattığı sağlık riskleri, neden olabilecekleri yaralanma ve hastalıklar o Bir kaza veya yaralanma anında alınacak tedbirler						
İLGİLİ BÖLÜM TOPLAM PUANI:		KURUM ÖZ DEĞERLENDİRME PUANI:		KURUM SKS BÖLÜM PUANI :			
DENETLENEN BÖLÜM SORUMLULARI	İMZA	ÖZ DEĞERLENDİRME EKİBİ		İMZA			



NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
AĞIZ VE DIŞ SAĞLIĞI MERKEZİ
ÖZ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
KY.FR.09	ARALIK 2023	0	0	139

DIŞ KAYNAK KULLANIMI							Tarih:
DOKÜMAN BOYUT	STANDART	SKS PUANI	EVET	HAYIR	K (Karşılıyor) KK (Kısmen Karşılıyor) KM (Karşılmıyor)	ALINAN PUAN	AÇIKLAMA
DDK01	Diş kaynak kullanımı yolu ile sağlanan hizmetlerin kapsamı ve süreçleri tanımlanmalıdır.	30					
DDK01.01	Diş kaynak kullanımı yolu ile sağlanacak hizmetler tanımlanıyor mu?						
DDK01.02	Diş kaynak kullanımı yolu ile sağlanacak hizmetlerin kapsamı belirleniyor mu?						
DDK01.03	Diş hizmet sağlayıcısının kuruma sağlayacağı hizmetler ile ilgili kontrol ve iş tamamlama süreçleri belirleniyor mu?						
DDK01.04	Diş hizmet sağlayıcısının faaliyetleri gerçekleştirmesi için gerekli olan personel sayısı, niteliği ve kullanılacak malzeme ve cihazlar tanımlanıyor mu?						
DDK02	Diş kaynak kullanımı yolu ile sağlanan hizmetlerin kontrolüne yönelik düzenleme yapılmalıdır.	50					
DDK02.01	Diş kaynak kullanımı yolu ile sunulan hizmetlerin yüklenici tarafından Sağlıkta Kalite Standartları ile kurumun belirlediği kurallar ve hedeflere uygun şekilde sunulması sağlanıyor mu? o Diş kaynak kullanımı yoluyla sağlanan hizmetler düzenli aralıklarla kontrol edilmelidir.						
İLGİLİ BÖLÜM TOPLAM PUANI:		KURUM ÖZ DEĞERLENDİRME PUANI:		KURUM SKS BÖLÜM PUANI :			
DENETLENEN BÖLÜM SORUMLULARI	İMZA	ÖZ DEĞERLENDİRME EKİBİ		İMZA			



NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
AĞIZ VE DIŞ SAĞLIĞI MERKEZİ
ÖZ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
KY.FR.09	ARALIK 2023	0	0	140

GÖSTERGE YÖNETİMİ

GÖSTERGELERİN İZLENMESİ

Tarih:

DOKÜMAN BOYUT	STANDART	SKS PUANI			K (Karşılıyor) KK (Kısmen Karşılıyor) KM (Karşılmıyor)	ALINAN PUAN	AÇIKLAMA
			EVET	HAYIR			
GGİ01	Göstergeler aracılığı ile ölçme, değerlendirme ve iyileştirme faaliyetleri gerçekleştirilmelidir.	50					
GGİ01.01	Kurumda izlenecek göstergeler, veri toplama süreci, verilerin analizi, analiz sonrası iyileştirme çalışmalarına yönelik doküman bulunuyor mu?						
GGİ01.02	Göstergelerin izlenmesine ilişkin süreçler kalite yönetim birimi tarafından koordine ediliyor mu?						
GGİ01.03	Göstergelerin izlenmesine ilişkin sorumlular belirlenip sorumlulukları tanımlanıyor mu?						
GGİ01.04	Sorumlu çalışanın göstergelerin izlenmesi konusundaki eğitimlere katılımı sağlanıyor mu?						
GGİ01.05	Bölüm kalite sorumlularının kendi bölümleri ile ilgili göstergelere ilişkin sorumlulukları tanımlanıyor mu?						
GGİ02	Kurumda izlenecek kalite göstergeleri belirlenmelidir.	30					
GGİ02.01	Kurumun yapısı, hasta profili ve öncelikleri dikkate alınarak, SKS Gösterge Yönetim Rehberi'nde yer alan göstergelerin dışında da göstergeler belirleniyor mu?						
GGİ02.02	Göstergeler, bölüm yöneticilerinin ve bölüm kalite sorumlularının katılımıyla belirleniyor mu?						
GGİ03	Kurumda izlenecek her gösterge için süreçler tanımlanmalıdır.	50					
GGİ03.01	Kurumda izlenecek her gösterge için aşağıdaki bilgilerin yer aldığı gösterge kartı oluşturuluyor mu? o Gösterge kodu o Göstergenin kısa tanımı o Amaç o Hesaplama yöntemi/formülü o Alt gösterge o Hedef değer o Veri kaynağı o Veri analiz periyodu o Göstergeye ilişkin verilerin toplanması, izlenmesi, değerlendirilmesi ve analizinden sorumlu kişiler o Sonuçların kimlerle paylaşılacağı						



NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI MERKEZİ
ÖZ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
KY.FR.09	ARALIK 2023	0	0	141

DOKÜMAN BOYUT	STANDART	SKS PUANI	EVET	HAYIR	K (Karşılıyor) KK (Kısmen Karşılıyor) KM (Karşılmıyor)	ALINAN PUAN	AÇIKLAMA
GGİ04	Göstergelere ilişkin veri toplama sürecine yönelik düzenleme bulunmalıdır.	30					
GGİ04.01	Göstergeler için kullanılacak veri kayıtları tanımlanmış mı?						
GGİ04.02	Veri toplanmasına ilişkin süreçler tanımlanmış mı? Mümkün olan her gösterge için bilgi yönetim sistemi kullanılmalı, verilerin doğru ve kaliteli olarak elde edilmesine yönelik tedbirler alınmalıdır.						
GGİ04.03	Veri toplama yöntemi ve periyodu göstergenin özelliğine göre belirleniyor mu?						
GGİ05	Göstergenin özelliğine göre belirlenen aralıklarda veriler analiz edilmelidir.	30					
GGİ06	Göstergelere ilişkin yapılan analizler sonucunda gerekli iyileştirme faaliyetleri planlanmalı ve uygulanmalıdır.	30					
GGİ06.01	Planlanan ve uygulanan iyileştirme faaliyetlerinin sonuçları ilgili çalışanlarla paylaşılıyor mu?						
GGİ07	Göstergelere ilişkin sonuçlar Bakanlıkça oluşturulan elektronik veri tabanına gönderilmelidir.	30					

İLGİLİ BÖLÜM TOPLAM PUANI: KURUM ÖZ DEĞERLENDİRME PUANI: KURUM SKS BÖLÜM PUANI :

DENETLENEN BÖLÜM SORUMLULARI	İMZA	ÖZ DEĞERLENDİRME EKİBİ	İMZA