



GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
KALİTE EL KİTABI

Döküman Kodu:	DİŞ-KEK-01
Yürürlük Tarihi:	01.12.2018
Revizyon Tarihi/No	04.01.2022/02
Sayfa No	1 / 39



GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
KALİTE EL KİTABI

BASKI NO : 01
BASKI TARİHİ : 22.01.2020
YÜRÜRLÜK TARİHİ : 01.12.2018
REVİZYON TARİHİ/NO: 04.01.2022/02

- KONTROLLÜ KOPYA
 KONTROLSÜZ KOPYA

HAZIRLAYAN(.../.../...)		KONTROL EDEN(.../.../...)	ONAYLAYAN(.../.../...)	ONAYLAYAN(.../.../...)
Birim Kalite Temsilcisi	Birim Kalite Temsilcisi	Kalite Güvence Koordinatörü	Dekan	Rektör



GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
KALİTE EL KİTABI

Döküman Kodu:	DİŞ-KEK-01
Yürürlük Tarihi:	01.12.2018
Revizyon Tarihi/No	04.01.2022/02
Sayfa No	2 / 39

Kalite El Kitabı, TS EN ISO 9001 Kalite Yönetim Sistemi standardı şartlarının tüm birimlerimizin uygulamasını kapsamaktadır.

Dış Hekimliği Fakültemizde Kalite Yönetimi Sistemi, nitelikli dış hekimini yetiştirilmesi ve zamanında doğru sağlık hizmeti sunma temel amacının yanında akademik ve idari süreçlerin hukuka ve mevzuatlara uygun bir şekilde yürütülmesini hedeflemektedir. Bu hedeflere ulaşmak için her işlemin kayıt altına alınması, bu kayıtların analiz edilmesi ve sonuçlarının bilimsel olarak değerlendirilmesi, her süreçte şeffaflık başta olmak üzere; fakültemizin sürekli kendini yenileyen öğrenen bir organizasyon haline gelmesi sağlanacaktır.

Kalite Yönetim Sisteminin bir parçası olan Kalite El Kitabı ile Fakültede kullanılan ilgili tüm faaliyetleri anlaşılır, basit, sistematik ve kolay bir şekilde sunulması hedeflenmiştir.

Kalite Yönetiminin kapsamı Dış Hekimliği Fakültesine bağlı tüm birimlerin akademik, idari ve sağlık hizmeti faaliyetlerini kapsamaktadır. Fakültemiz paydaş odaklı bir yaklaşımı benimsediği için, iç paydaşların mesleki ve bilimsel gelişimlerinin en iyi şekilde olmasını amaçlamakla birlikte dış paydaşları ile bölgenin sağlıksal başarı düzeyini artırmayı amaçlamaktadır.

Kalite El Kitabının kullanım hakkı Dış Hekimliği Fakültesi'ne aittir.

Adres: 15 Temmuz Mahallesi Üniversite Bulvarı No:302
Şhitkamil / GAZİANTEP

Telefon : +90 342 360 96 00

Faks : +90 342 361 03 46

E-posta : dishfd@gantep.edu.tr

HAZIRLAYAN(.../.../..)		KONTROL EDEN(.../.../...)	ONAYLAYAN(.../.../...)	ONAYLAYAN(.../.../...)
Birim Kalite Temsilcisi	Birim Kalite Temsilcisi	Kalite Güvence Koordinatörü	Dekan	Rektör



1.0.AMAÇ, KAPSAM

1.1Amaç

Diş Hekimliği Fakültesi Kalite Yönetim Sisteminin amacı; ilk defada, zamanında doğru hizmeti gerçekleştirebilmek, hizmet sunumu esnasında olabilecek hataları tespit etmek veya oluşan hataları yok etmek veya bir daha tekrarlanmasını önlemek, paydaş beklenti ve istekleri ile ulusal ve uluslararası standartlar doğrultusunda hizmet sunmak, iç ve dış paydaşlarımıza *mevzuatlar kapsamında TS EN ISO 9001 ve Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Kalite Standartları-ADSH* şartlarına uyarak hizmet vermek için yürütülen tüm faaliyetleri uygulamak, denetlemek, geliştirmek ve takip etmektir.

1.2Kapsam

Diş Hekimliği Fakültesi TS EN ISO 9001 ve *Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Kalite Standartları-ADSH* kapsamında hazırlanan Kalite Yönetim Sistemini uygulamaya koymuştur. Diş Hekimliği Fakültesi "Diş Hekimliği Eğitimi ve Ağız Diş Sağlığı Hizmeti" kapsamında birimlerin faaliyetlerini gerçekleştirirken izleyecekleri yöntemleri ve bunların detaylarını bu kitapta atıflarına yer verilen yasal mevzuatlar, süreç, prosedür ve talimatlarla belirlemiştir.

Diş Hekimliği Fakültesi, 31 Ekim 2006 yılında kurulmuş, 2008 yılının Nisan ayında Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi'ne bağlı olarak hizmete başlamıştır. 2012 tarihi itibarıyla taşınılan yeni binamızda Protetik Diş Tedavisi, Ortodonti, Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi, Periodontoloji, Pedodonti, Endodonti, Restoratif Diş Tedavisi ile Ağız, Diş ve Çene Radyolojisi Anabilim Dallarında toplam 8 Anabilim dalı ile hizmete devam edilmektedir.

Binamız 3 bloktan oluşmakta olup, A blokta Dekanlık, idari ofislerin yanı sıra Bilimsel Araştırma Laboratuvarı bulunmaktadır. Öğretim üyelerimiz ile doktora ve uzmanlık öğrencilerinin kullanımına sunulan laboratuvarımızda termal siklus cihazı, -80°C dondurucu, izomet cihazı, stereo mikroskobu, universal test cihazı, micro tensile cihazı, tescera inley onley fırını, polisaj cihazı bulunmaktadır. B blokta Anabilim dalları ve klinikleri ile Cerrahi ve Periodontoloji AD'na ait toplam 4 adet *minör cerrahi uygulama alanı*, kantin ve merkezi sterilizasyon ünitesi yer almaktadır. *Fakültemiz 162 ünit ile sağlık hizmeti sunmaktadır.* Ayrıca Er:Yag, Nd:Yag, Er,Cr:YSGG (Iplus), 810 nm Diyet (2 adet), 940 nm Diyet (Ilase), 980 nm Diyet lazer cihazları barındıran bir Lazer Kliniğimiz, CAD-CAM ünitemiz, bir Dudak Damak Yarığı Kliniğimiz, Akustik Ses Kayıt Odamız da kullanıma sunulmuştur. Ağız Diş ve Çene Radyolojisi ABD'mızda 1 adet konik ışınli bilgisayarlı tomografi (CBCT), *1 adet ultrason cihazı* ve 3 adet panoramik röntgen cihazı ile baş boyun bölgesi görüntülemesi yapılmaktadır. Eğitim öğretim için ayrılan C blokta projektör ve bilgisayar bulunan derslikler ile 350 kişilik konferans salonu, 1 adet öğrenci kantini ayrıca öğrenciler için soyunma odaları bulunmaktadır. Klinik öncesi pratik eğitimin gerçekleştirildiği interaktif eğitim verilen 121 kişilik preklinik

HAZIRLAYAN(.../.../...)		KONTROL EDEN(.../.../...)	ONAYLAYAN(.../.../...)	ONAYLAYAN(.../.../...)
Birim Kalite Temsilcisi	Birim Kalite Temsilcisi	Kalite Güvence Koordinatörü	Dekan	Rektör



laboratuvarı ve 66 adet fantom ünit sistemi mevcuttur.

Fakültemiz TSE tetkikçilerinin saha tetkikleri neticesinde 19.03.2019 tarihinde TS EN ISO 9001 Kalite Yönetim Sistemi Belgesi almaya hak kazanmıştır. Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Akreditasyon standartları kapsamında da yıllık olarak değerlendirmeler geçirmektedir.

Fakültemizin eğitim süresi 5 yıl olup lisans eğitimi görmektedir.

2.0. ATIF YAPILAN STANDART ve DOKÜMANLAR

Diş Hekimliği Fakültesi kalite yönetim sistemi SKS-ADSM ve TS EN ISO 9001 Kalite Yönetim Sistemi standardına uygun olarak oluşturulmuştur. Kalite El Kitabının hazırlanmasındaki amaç, kalite yönetim sistemini oluşturan prosedürlere-iş akışlarına atıflar yaparak ve bu süreçlerin birbirleri ile olan ilişkisini tarif ederek, Diş Hekimliği Fakültesi'nin yürürlükteki kalite yönetim sistemini açıklamaktır.

TS EN ISO 9001 standardı 2. maddesine göre, standart maddelerinde yapılan atıflarda TS EN ISO 9001 Kalite Yönetim Sistemi - Esaslar ve Terimleri dikkate alınmıştır. Diş Hekimliği Fakültesinin; faaliyet alanına ilişkin olarak *Gaziantep Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliği, Gaziantep Üniversitesi Diş Hekimliği Uygulama ve Araştırma Merkezi Yönetmeliği, T.C. Sağlık Bakanlığı Diş Hekimliği Hizmetlerinin Yeniden Yapılandırılması Genelgesi ve diğer yasal mevzuatlar kapsamında çeşitli dokümanlar kullanmakta ve bunlar yasal mevzuat çerçevesince takip edilmektedir.*

Referans Dokümanlar:

DY. LS. 03.Diş Kaynaklı Doküman Listesi

TS EN ISO 9001 Kalite Yönetim Sistemleri-Şartlar

Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Kalite Standartları-ADSH

Diş Hekimliği Eğitimi Programları Akreditasyon Derneği(DEPAD)Çalışma Esasları Yönergesi

3.0. TERİMLER VE TARİFLER

Kalite Yönetim Sistemimiz, TS EN ISO 9001 Kalite Yönetim Sistemleri -Temel Kavramlar, Terimler ve Tarifler standardında verilen Uluslararası terimler ve tarifleri, *prosedürler, talimatlar ve dış kaynaklı dokümanlarda anılan tüm terim ve tanımlamalar* kullanır.

Paydaş: “Paydaş” tanımı TS EN ISO 9001 standardında “Ürünü alan kuruluş veya kişi” olarak tanımlanmış ve Paydaşın kuruluş içinden veya dışından olabileceği hususunu belirtmektedir. Bununla birlikte Paydaş kelimesi günlük hayatta ticari bir ilişkiyi de kapsayacak şekilde yaygın olarak kullanılmaktadır. Diş Hekimliği Fakültesi'nin eğitim ve öğretim hizmetlerini alan ve ondan fayda sağlayan kişiler, temelde öğrencilerimizdir. Bununla birlikte hizmetlerimizden dolaylı olarak etkilenen veya fayda sağlayan taraflar da mevcuttur. Toplum, işletmeler, ilişkide bulunduğumuz diğer kamu kuruluşları vb. örnek olarak verilebilir. Bu yapısından dolayı

HAZIRLAYAN(.../.../...)		KONTROL EDEN(.../.../...)	ONAYLAYAN(.../.../...)	ONAYLAYAN(.../.../...)
Birim Kalite Temsilcisi	Birim Kalite Temsilcisi	Kalite Güvence Koordinatörü	Dekan	Rektör



“Paydaş” tanımı Diş Hekimliği Fakültesi'nin Kalite Yönetim Sistemi kapsamında “Öğrenci” ve “Personel” olarak, hizmetlerimizden dolayı olarak etkilenen ilgili diğer taraflar (mezunlar, hasta, kamu kurum ve kuruluşları, firmalar) “Dış Paydaş” olarak kullanılmıştır. Diş Hekimliği Fakültesi'nin hizmetlerini sunarken ticari bir kazanç gözetmez. Sadece mali/ticari konularda ilgili mevzuat kapsamında tanımlanmış sorumluluklarını yerine getirir.

4.0 DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ 'NİN BAĞLAM

4.1. Diş Hekimliği Fakültesi ve Bağlam

Diş Hekimliği Fakültesi'nin, işleyiş, görev, yetki ve sorumlulukları ile eğitim, öğretim, araştırma, yayım, öğretim elemanları, öğrenciler, hastalar ve diğer personel ile ilgili esasları kanun, yönetmelik ve Sağlık Uygulama tebliğine göre yürütmektedir. Kalite yönetim sisteminin sürekli iyileştirilmesi için karşılanması gerekli yasal mevzuat şartlarında dahil olmak üzere gerekli çalışmaları yapmaktadır.

YÖNETMELİKLER

- [Gaziantep Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliği](#)
- [Gaziantep Üniversitesi Önlisans ve Lisans Eğitim-Öğretim Yönetmeliği](#)
- [Gaziantep Üniversitesi Lisansüstü Yönetmeliği](#)
- [Yüksek Öğretim Kurumlarında Önlisans ve Lisans Düzeyindeki Programlar Arasında Geçiş, Çift Anadal, Yan Dal ile Kurumlar Arası Kredi Transferi Yapılması Esasına İlişkin Yönetmelik](#)
- [Yüksek Öğretim Kurumları Öğrenci Disiplin Yönetmeliği](#)
- [Üniversitelerde Akademik Teşkilât Yönetmeliği](#)
- [Öğretim Üyeliğine Yükselme ve Atanma Yönetmeliği](#)
- [Doçentlik Sınav Yönetmeliği](#)
- [Yurt İçinde ve Dışında Görevlendirmelerde Uyulacak Esaslara İlişkin Yönetmelik](#)
- [Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik](#)
- [Yükseköğretim Üst Kuruluşları ile Yükseköğretim Kurumları Personeli Görevde Yükselme ve Ünvan Değişikliği Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik](#)
- [Kamu Kurum ve Kuruluşlarında Çalışan Personelin Kılık ve Kıyafetine Dair Yönetmelik](#)

HAZIRLAYAN(.../.../...)		KONTROL EDEN(.../.../...)	ONAYLAYAN(.../.../...)	ONAYLAYAN(.../.../...)
Birim Kalite Temsilcisi	Birim Kalite Temsilcisi	Kalite Güvence Koordinatörü	Dekan	Rektör



GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
KALİTE EL KİTABI

Döküman Kodu:	DİŞ-KEK-01
Yürürlük Tarihi:	01.12.2018
Revizyon Tarihi/No	04.01.2022/02
Sayfa No	6 / 39

- [Toplu Sözleşme Görüşmelerinin Yapılma Usul ve Esasları ile Kamu Görevlileri Hakem Kurulu, Kamu Personeli Danışma Kurulu ve Kurum İdari Kurullarının Teşkili, Çalışma Usul ve Esaslarına İlişkin Yönetmelik](#)
- [Yükseköğretim Kurumları Yönetici, Öğretim Elemanı ve Memurları Disiplin Yönetmeliği](#)
- [Gaziantep Üniversitesi Dış Hekimliği Uygulama ve Araştırma Merkezi Yönetmeliği](#)
- [Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Devlet Tarafından Karşlanması ve Yeşil Kart Uygulaması Hakkında Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik](#)
- [Devlet Arşiv Hizmetleri Hakkında Yönetmeliği](#) vb.

Fakültemizde, TS EN ISO 9001 Standardı ve Sağlıkta Kalite Yönetim Sistemine göre Kalite Yönetim Sistemi oluşturulmuş, dokümante edilmiş ve uygulanmaktadır. Bu çerçevede Fakültemizin kalite politika, hedef ve kalite yönetim sistemi planlamasını etkileyebilecek hem iç hem de dış sorunları dikkate alması gerekliliği bulunmaktadır.

Fakültemizin öğrencileri ve personellerinin eğitim ve sosyal yönden geliştirilmesine büyük öncelik sağlayıp ve her açıdan kendini yenileyen fakülte olması bağlamında kalite yönetim sisteminin yüksek hizmet kalitesine sahip olmasını amaçlamakla birlikte bu sonuçlara ulaşmak için paydaş memnuniyetini artırmayı hedeflemektedir. *Bu kapsamda Engelsiz Üniversite çalışmaları Mekanda Erişilebilirlik kategorisinde Turuncu Bayrağa sahiptir.* Hastalarımızın memnuniyetlerini artırılması hususunda da gerekli kalite çalışmaları yapılmakta ve en iyi sağlık hizmeti sunumu hedeflenmektedir. Bu kapsamda; iç paydaş olarak Fakültemiz öğrencileri ve personellerine yönelik olarak istenilen hizmetleri sunmayı hedeflemektedir. Dış paydaş olarak; hastalar, kamu kurum ve kuruluşlar, Sivil Toplum Kuruluşları, Fakültemiz mezunlarını kapsamaktadır. Dış hususlar açısından sosyal ve ekonomik göstergeler takip edilerek kurum hizmetleri değerlendirilmektedir.

Fakültemiz bu kapsamda iç ve dış paydaşlarımıza yönelik olarak öğrenci memnuniyet anketi, öğretim üyesi değerlendirme anketi *dönemlik* ve personel memnuniyet anketi yılda bir, hasta memnuniyet anketi aylık olarak yapılarak değerlendirme sonuçları Dekanlığa iletilmekte ve gerekli iyileştirme faaliyetleri başlatılmaktadır. *Ayrıca; Hasta Hakları birimi tarafından SÇ.FR.02. Dilek Şikayet Öneri Formu aracılığıyla görüş ve öneriler alınmakta ve İl Sağlık Müdürlüğü sistemine giriş yapılarak değerlendirmeler dekanlığa iletilmektedir. Web sitesinde bulunan İletişim Formu ve CİMER kanalı ile ulaşan dilek ve öneriler Dekanlık tarafından değerlendirilmekte gerekli iyileştirme çalışmaları yapılarak geri dönüşler aynı kanal ile sağlanmaktadır.* Bu süreçler, kuruluşumuzun hizmet kalitesini etkileyen iç ve dış hususlarla ilgili risk (tehdit) ve fırsatlarımızın saptanmasında en önemli araçlardır. Kalite Yönetim Sistemi uygulamalarımızda bu bağlantılar *belirlenen periyotlarda izlenmekte ve beklentiler*

HAZIRLAYAN(.../.../...)		KONTROL EDEN(.../.../...)	ONAYLAYAN(.../.../...)	ONAYLAYAN(.../.../...)
Birim Kalite Temsilcisi	Birim Kalite Temsilcisi	Kalite Güvence Koordinatörü	Dekan	Rektör



analiz edilerek Yönetim Gözden Geçirme toplantıları aracılığıyla değerlendirilmektedir.

İç Hususlar; Gaziantep Üniversitesi Rektörlüğü, Akademik Personel, İdari Personel, Öğrenciler, Öğrenci klinik uygulamaları, Fiziki Altyapı, *Fakülte Kültürü, Ekonomik Durum.*

Dış Hususlar; Yükseköğretim Kurulu, *Yükseköğretim Kalite Kurulu, Sağlık Bakanlığı, Kamu Kurum ve kuruluşlar, Sivil Toplum Kuruluşları, Türk Standartları Enstitüsü, Kredi Yurtlar Kurumu, Mezunlar, Fakültenin Jeopolitik Konumu ve Hastaların Demografik Yapısı, Tedarikçiler, Meslek Yüksek Okulu Stajyer Öğrencileri.*

Fakültemiz; yukarıdaki iç ve dış hususlar bağlamında en iyi ve kaliteli Dış Hekimliği eğitimini klinik uygulamalarla destekleyerek, bölgesel ve stratejik konumuyla dış hastalıkları sağlık hizmetlerini sunan bir yapıya sahiptir. KY.PL.04. *Kurum İç ve Dış Bağlam Tablosu ile takip edilmektedir.*

Referans Dokümanlar:

Görev Tanımlamaları

SÇ.FR.02 Dilek Şikayet Öneri Formu

SÇ.FR.07 Çalışan Memnuniyet Anketi

SÇ.FR.08 Hasta Memnuniyet Anketi

DY.LS.03. Dış Kaynaklı Doküman Listesi

KY.PL.04. Kurum İç ve Dış Bağlam Tablosu

4.2.İlgili tarafların ihtiyaç ve beklentilerinin anlaşılması

• **Dış Taraflar;** Yükseköğretim Kurulu, Sağlık Bakanlığı ve Diğer Kamu Kurum ve kuruluşlar, Sivil Toplum Kuruluşları, Türk Dış Hekimleri Birliği, Türk Standartları Enstitüsü, Kredi Yurtlar Kurumu, Mezunlar, Özel Firmalar (Tedarikçiler), Hastalar, *Daire Başkanlıkları, Diğer Akademik Birimler (Enstitü vb), Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi.*

• **İç Taraflar;** Gaziantep Üniversitesi Rektörlüğü, Akademik Personel, İdari Personel, Öğrenciler,

Fakültemiz belirlenen taraflarını MC.LS.01 Paydaş Analizi Listesi ile takip etmekte ve listede belirlenen periyotlarda izlemektedir. Yıllık olarak gözden geçirilen liste YGG toplantısında değerlendirilmektedir. Kayıtları muhafaza edilmektedir.

Referans Dokümanlar:

MC.LS.01 Paydaş Analizi Listesi

4.3.Kalite yönetim sisteminin kapsamının belirlenmesi

Fakültemiz teşkilatlanma, işleyiş, görev, yetki ve sorumlulukları ile eğitim, öğretim, araştırma, yayım, öğretim elemanları, öğrenciler ve diğer personel ile ilgili esasları *Yükseköğretim Kurulu kanunları, Üniversitemiz yönetmelikleri, Sağlık Bakanlığı SKS Rehberine* göre yürütmektedir. Fakültemiz; kalite yönetim sisteminin uygulanabilirliği ve sınırları bu kısımda belirlenmiştir. Fakültemiz iç ve dış hususları, ilgili tarafların şartları ve ürettiğimiz hizmet çerçevesinde; TS

HAZIRLAYAN(.../.../...)		KONTROL EDEN(.../.../...)	ONAYLAYAN(.../.../...)	ONAYLAYAN(.../.../...)
Birim Kalite Temsilcisi	Birim Kalite Temsilcisi	Kalite Güvence Koordinatörü	Dekan	Rektör



EN ISO 9001 Kalite Yönetim Sistemleri standardının hiçbir maddesi kapsam dışı bırakılmamıştır.

4.4.Kalite yönetim sistemi ve süreçleri

Fakültemiz; *ilgili* standardın öngördüğü şartlara uygun olarak bir kalite yönetim sistemi oluşturmuş, dokümente ederek, uygulamakta, sürekliliğini sağlamakta ve bunun etkinliğini sürekli iyileştirmektedir.

- Kalite yönetim sisteminin gerektirdiği süreçlerini ve uygulamalarını tanımlamıştır. Süreçlerin sırasını ve birbirleri ile etkileşimini tayin etmiştir.
- Süreçlerin çalıştırılmasının ve kontrolünün etkinliğini sağlamak için gerekli kriterler ve metotları tayin etmiştir,
- Süreçlerin çalıştırılmasını ve izlenmesini desteklemek için gereken kaynağın ve bilginin hazır bulundurulmasını planlayarak sağlamıştır (Kalite Yönetim Sistemi Planı ve Süreç Planlaması). Bu süreçlerini ölçerek, analiz etmeyi hedeflemektedir. Planlanmış sonuçları başarmak ve süreçleri sürekli iyileştirmek için gerekli faaliyetleri uygulamaktadır.
- Süreçlerin riskleri ve bu risklere göre aksiyom planları belirlenmiştir.

Bu süreçler, Standartta belirtilmiş şartlara uygun olarak yönetilmektedir.

Fakültemiz; hizmetini etkileyen insan kaynakları ve eğitim süreçlerine ilişkin olarak Gaziantep Üniversitesi hükümlerine uymaktadır.

KALİTE YÖNETİM SİSTEMİ SÜREÇ ETKİLEŞİMLERİ

ETKİLEYEN SÜREÇİN		ETKİLENEN SÜREÇ NO	ETKİLEŞİM
NO	ADI		
1	Eğitim Süreci	2-3-4-5	Tüm satın alma taleplerinde, eğitim ve öğretim süreçlerinde ve kalite yönetim sistemi belge takibinde bütün süreçler etkileşim halindedir.
2	Hastane Süreci	1-3-4-5	
3	Destek Süreci	1-2-4-5	
4	Paydaş İlişkileri Süreci	1-2-3-5	
5		1-2-3-4	

Fakültemiz;

- a) Kalite politikası ve kalite hedeflerini dokümente etmiştir.

HAZIRLAYAN(.../.../...)		KONTROL EDEN(.../.../...)	ONAYLAYAN(.../.../...)	ONAYLAYAN(.../.../...)
Birim Kalite Temsilcisi	Birim Kalite Temsilcisi	Kalite Güvence Koordinatörü	Dekan	Rektör



- b) Kalite el kitabını hazırlamıştır.
- c) Bu standardın istediği prosedürleri hazırlamıştır.
- d) Süreçlerle ilgili uygulamalar; sırası, etkileşimi ve izleme metotları ile gerekli kriterler belirlenmiş olup, süreçleri ifade eden detaylarda dokümanlarda ifade edilmiştir. Süreçler için ihtiyaç duyulan kaynaklar sağlanmıştır. *Kaynak planlamasına ilişkin 6 aylık periyotta ilgili birimlerce izleme yapılmakta ve Kalite Yönetim Birimine bilgi verilmektedir.*
- e) Birbiri ile etkileşim içinde olduğu ifade edilen Kalite Yönetim Sistemi Süreçleri, *Gİ.PR.01.Gösterge Yönetimi Prosedürü, GAÜN-PRD-03.İç Tetkik Prosedürü ve GAÜN -PRD-05.Sürekli İyileştirme Prosedürü kapsamında ölçme ve izleme sonuçlarının analiz edilerek gerektiğinde iyileştirme planlarının ve düzeltici faaliyetlerin yapılması, gözden geçirilerek gerektiğinde politika ve amaçlarda iyileştirmeye gidilmesi ve ilaveten gerekli kaynakların üst yönetim tarafından sağlanması suretiyle kalite yönetim sistemi sürekli iyileştirilmektedir.*

4.4.2.Kalite Yönetim Sistemi dahilinde Fakültemiz süreçlerin dokümanite edilmiş belgelerini GAÜN -PRD-02.Kayıtların Kontrolü Prosedürü ve TA.TL.01.Arşiv Talimatına göre muhafaza etmektedir.

Referans Dokümanlar:

*Gİ.PR.01.Gösterge Yönetimi Prosedür,
İç Tetkik Prosedürü
Sürekli İyileştirme Prosedürü
Kayıtların Kontrolü Prosedürü
TA.TL.01.Arşiv Talimatı*

5.0.LİDERLİK

5.1.Liderlik ve Taahhüt

5.1.1.Genel

Üst yönetimimiz, kalite yönetim sisteminin uygulanması, geliştirilmesi, etkinliğinin ve sürekliliğinin sağlanması konusunda taahhütlerini ve sorumluluğunun gereklerini yerine getirmek için aşağıdaki uygulamaları yerine getirmektedir. Bu kapsamda;

DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ Yönetimi olarak;

- Kalite yönetim sistemi için hesap verilebilir,
- Kalite politikası ve kalite amaçlarının oluşturulmuş ve bunların stratejik yönü ve bağlamı ile uyumluluğunun güvence altına alınmış,

HAZIRLAYAN(.../.../...)		KONTROL EDEN(.../.../...)	ONAYLAYAN(.../.../...)	ONAYLAYAN(.../.../...)
Birim Kalite Temsilcisi	Birim Kalite Temsilcisi	Kalite Güvence Koordinatörü	Dekan	Rektör



GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
KALİTE EL KİTABI

Döküman Kodu:	DİŞ-KEK-01
Yürürlük Tarihi:	01.12.2018
Revizyon Tarihi/No	04.01.2022/02
Sayfa No	10 / 39

- Yasal şartlar ve Paydaş isteklerinin karşılanmasının önemini personeline iletmek, Kalite politikası oluşturmak,
- Kalite hedeflerinin oluşturulmasını sağlamak, personelin bu hedeflere uyumunu sağlamak,
- Paydaş odaklılığını sağlamak,
- Süreç yaklaşımı ve risk temelli düşünmenin kullanımının teşvik edilmesi,
- Kalite yönetim sisteminin amaçlanan çıktılara ulaşmasının güvence altına alınması,
- Kalite yönetim sisteminin etkinliğine katkı sağlayacak kişilerin yönlendirilmesi ve desteklenmesi,
- Yönetimin gözden geçirme faaliyetlerini yerine getirmek,
- İyileştirmenin teşvik edilmesi,
- Diğer ilgili personelin (öğretim görevlileri ve idari personel) (kendi sorumluluk alanlarına uygulanması bakımından) liderliğini göstermek için desteklenmesi.
- Gerekli kaynakları sağlamak sureti ile kalite yönetim sisteminin uygulanması, geliştirilmesi ve sürekli iyileştirerek standardın istemiş olduğu taahhütleri yapmış olduğu faaliyetler ile kanıtlar.

Referans Dokümanlar:

Görev Tanımları

GAÜN -PRD-04.Yönetimin Sorumluluğu Prosedürü

GAÜN -PRD-05.Sürekli İyileştirme Prosedürü

5.1.2.Paydaş Odaklılık

Üst yönetimimiz, paydaş odaklı ve paydaş memnuniyetinin artırılmasına yönelik olarak çalıştığını, Paydaş ihtiyaçlarının ve uygulanabilir birincil ve ikincil mevzuat şartlarının tayin edildiği, anlaşıldığı ve düzenli olarak karşılandığını taahhüt eder. Paydaş ihtiyaçlarının ve beklentilerinin belirlenebilmesi için paydaş memnuniyet anketleri, telefon veya yazılı olarak bilgi alışverişi ile paydaş süreçlerine göre paydaş istekleri ve beklentilerini belirlemektedir. Paydaş geri besleme bilgilerini (memnuniyet anketleri, hasta hakları birimi ve şikayet bildirimleri gibi) Yönetimin Gözden Geçirme toplantılarında görüşerek sonuçlandırılır.

Paydaş şartları ile yasal ve mevzuat şartlarının karşılanması ve paydaş memnuniyeti için gerekli planlamayı paydaş süreçlerine göre yaparak değerlendirilmekte ve sürekliliği sağlanmaktadır. Paydaş beklentilerini karşılamak için eğitim, tanıtım, yönlendirme çalışmaları yapılarak paydaş

HAZIRLAYAN(.../.../...)		KONTROL EDEN(.../.../...)	ONAYLAYAN(.../.../...)	ONAYLAYAN(.../.../...)
Birim Kalite Temsilcisi	Birim Kalite Temsilcisi	Kalite Güvence Koordinatörü	Dekan	Rektör



memnuniyeti sağlanır.

Referans Dokümanlar:

- KY.FR.03. Toplantı Tutanağı
SÇ.FR.07. Çalışan Memnuniyet Anketi
SÇ.FR.08. Hasta Memnuniyet Anketi
SÇ.FR.01. Hasta Hakları yerinde Çözülen Sorunlar Kayıt Formu
SÇ.FR.03. Hasta Hakları Birimi Başvurular
SÇ.FR.04. Dilek Şikayet Kutuları Toplama Tutanağı
SÇ.FR.05. Hasta Hakları EBYS den Gelen Yazı Bilgileri
İO.FR.01. İstenmeyen Olay Kalite Birimi Görüşme Öneri Formu
SÇ.FR.02. Dilek -Şikayet Öneri - Formu
Eİ.FR.10. Akademik Kurul Toplantı Tutanağı

5.2.Kalite Politikası

AMACIMIZ

Araştırma ve Uygulama Merkezimizde etkin, verimli, rekabetçi, üstün performansa odaklanmış, ulusal ve uluslar arası tanınırlığı ve saygınlığı olan bir Diş Hekimliği Fakültesi olarak, hastalarımıza en iyi sağlık hizmetini bekletmeden eşit bir şekilde sevgi ve empati ile sunmaktır.

MİSYONUMUZ

İşine saygısı olan, takım ruhu ile çalışan nitelikli ve deneyimli kadrosu ile bilimsel alt yapı ve gelişmiş teknolojileri kullanarak değişen ve gelişen öğretim yaklaşımlarını uygulamak; araştırmacı, sürekli eğitime inanan, deontolojik kuralları benimsemiş öğrenciler yetiştirmek; toplumun ihtiyaçlarını gözeterek ve üretime dönüşen çalışmalarla diş hekimliği bilimine katkı sağlamak ve hastalarına en iyi sağlık hizmetini sunmaktır.

VİZYONUMUZ

Evrensel standartlara uygun olarak eğitim, araştırma ve hizmet süreçlerinin iyileştirilmesi ile değişim ve gelişimin sürekliliğinin sağlandığı; ulusal ve uluslararası alanda öğrenciler ve hastalar tarafından öncelikli tercih edilen bir kurum olmaktır.

5.2.1.Kalite Politikasının Oluşturulması

Fakültemiz üst yönetimi tarafından çalışmalara yön vermesi, tüm personelin aynı bakış açısı ile hizmet vermesi ve kurum kültürü sağlamak amacıyla misyon ve vizyonumuz çerçevesinde

HAZIRLAYAN(.../.../...)		KONTROL EDEN(.../.../...)	ONAYLAYAN(.../.../...)	ONAYLAYAN(.../.../...)
Birim Kalite Temsilcisi	Birim Kalite Temsilcisi	Kalite Güvence Koordinatörü	Dekan	Rektör



Kalite Politikasını oluşturulmuştur.

KALİTE POLİTİKASI

İlgili mevzuat ve kalite standartları rehberliğinde, sürekli iyileştirme ve gelişmeyi amaç edinmiş olan akademik/idari personel kadrosu, güçlü teknolojik alt yapısı ve etkin risk yönetimi stratejisi ile yetkin dış hekimleri ve bilim insanları yetiştirme, ulusal/uluslararası gereksinim ve öncelikleri gözeterek araştırmalar yapma, topluma üst düzeyde sağlık hizmeti sunma ve diğer paydaşlarının hizmet beklentilerini en iyi şekilde karşılama esasına dayanır.

5.2.2.Kalite Politikasının Duyurulması

Kalite politikamız, web sayfamızda kamuoyu ile paylaşıldığı gibi kurum kültürü oluşturabilmek amacı ile Fakültemiz katlarında asılarak duyurulmuştur. Ayrıca; yeni personel işe başlamasında oryantasyon eğitimi ile kalite politikası, misyon ve vizyon, görev tanımı yeni personele anlatılmakta ve EY.FR.03. Oryantasyon Eğitim Formu doldurulmaktadır.

Kalite Politikası'nın uygunluğu, üst yönetim tarafından Yönetimin Gözden Geçirmesi toplantılarında gözden geçirilerek gerektiğinde revize edilir ve aynı yöntemle duyurulur.

Fakültemiz, uygun olan her bir faaliyet ve düzeyde yıllık kalite hedeflerini belirlemekte ve takip etmektedir. Kalite Yönetim Sistemi kapsamında, hedefler oluşturulurken, yasal şartlar, stratejik plan ve diğer üst politika dokümanları dikkate alınmış olup, bu çerçevede, daha önce karşılaşılan uygunsuzluklar da çalışanların görüşleri ile birlikte değerlendirilmiştir. Ayrıca süreçler bazında ölçülebilir kontrol kriterleri belirlenerek süreç performansları ile takip edilir. Bu hedefler Yönetimin Gözden Geçirmesi toplantılarında son haline getirilerek değerlendirilir. Hedefler sürekli iyileşme taahhüdünü içerecek şekilde Kalite Politikası ile tutarlıdır. Hedefler sürekli iyileştirme taahhüdü içinde değerlendirilir, gerçekleşmesi takip edilir ve gerekirse revizyonlar yapılır. Amaç ve hedeflerin belirlenmesi ve uygulamalar sonucunda hedeflerdeki sapmaların izlenmesi, ilgili destek dokümanlara göre yapılmaktadır.

5.3.Kurumsal görev, yetki ve sorumluluklar

Fakültemiz, kaliteyi etkileyen işleri yürüten ve etkisi olan tüm personelinin görev, sorumluluk ve yetkilerini ve birbirleri ile olan ilişkilerini, referans dokümanlar çerçevesinde KU.PR.01. Organizasyon Yapısı Prosedürünü ve Görev Tanımlarını dokümante ederek personeline web sayfası üzerinden ve ayrıca "KONTROLLÜ KOPYA" şeklinde kişilere tebliğ edilerek duyurmuştur.

Görev tanımları, Gaziantep Üniversitesi üst yönetimi tarafından belirlenen amaç ve ilkelere uygun olarak; Fakültemizin vizyonu, misyonu doğrultusunda eğitim ve öğretimi gerçekleştirmek ve klinik hizmetlerinin sunumu için gerekli tüm faaliyetlerinin etkinlik ve verimlilik ilkelerine uygun olarak yürütülmesi amacıyla çalışmalarını yapmak, planlamak,

HAZIRLAYAN(.../.../...)		KONTROL EDEN(.../.../...)	ONAYLAYAN(.../.../...)	ONAYLAYAN(.../.../...)
Birim Kalite Temsilcisi	Birim Kalite Temsilcisi	Kalite Güvence Koordinatörü	Dekan	Rektör



yönlendirmek, koordine etmek ve denetlemek amacı ile hazırlanmıştır.

Referans Dokümanlar:

KU.PR.01.Organizasyon Yapısı Prosedürünü

KU-ORŞ-01.Organizasyon Şeması

Görev Tanımları

657 Sayılı DM Kanunu,

2547 Yükseköğretim Kanunu

2914 Yükseköğretim Personel Kanunu

6. PLANLAMA

6.1.Risk ve fırsatları belirleme faaliyetleri

6.1.1.Fakültemiz, kalite yönetim sistemini planlarken, Madde 4.1 de atıf yapılan hususları, Madde 4.2’de atıf yapılan şartları, kalite yönetim sisteminin kaliteli hizmet çıktısına ulaşılabileceği şekilde Risk planlaması ile öngörmeyi ve gerekli önlemleri alarak iyileştirmeleri desteklemeyi hedeflemektedir. Belirlenen fırsat ve risklere karşılık hedefler doğrultusunda hareket edilmesi ve değerlendirilmesi planlanmaktadır. Risk Planlaması yapılırken;

- Süreç risk ve fırsatları
- İş Akışı risk ve fırsatları
- Altyapı risk ve fırsatları
- İç ve Dış Hususlara ilişkin risk ve fırsatları
- Paydaş Memnuniyetine dair risk ve fırsatları şeklinde değerlendirme ve analizler yapılır.

Referans Dokümanlar:

İş Akışları

Sürekli İyileştirme Prosedürü

6.1.2.Fakültemiz,

- 6.1.1. de planlanan riskleri ve Madde 4.4’de belirlenen süreçlerin riskleri ve fırsatları yılda bir kez SWOT ve PEST analizlerini, aksiyon planları *Yönetim Gözden Geçirme toplantısında değerlendirilir ve nihai hali verilir,*

HAZIRLAYAN(.../.../...)		KONTROL EDEN(.../.../...)	ONAYLAYAN(.../.../...)	ONAYLAYAN(.../.../...)
Birim Kalite Temsilcisi	Birim Kalite Temsilcisi	Kalite Güvence Koordinatörü	Dekan	Rektör



- b) Mevcut komitelerin tutanakları ve Performans İzleme Tablosu *Birim Kalite Temsilcisi tarafından* inceleyerek yılsonu değerlendirmesini yapar ve bunları *YGG için* yönetime sunar.

6.2.Kalite amaçları ve bunlara erişmek için planlama

6.2.1.Sistemin başarılı bir şekilde işlemlerini sağlamak için, *ilgili birimlerin kendilerine ait hedefleri belirlemesi*, iş akışlarının verimli bir şekilde çalışması, prosedürlerin hazırlanması, kaynakların temini ve sürekli iyileştirme ile pekiştirilerek kalite hedeflerinin oluşturulmasını ve güncellenmesini sağlamaktadır. Kalite yönetim sisteminin bütünlüğünün sürdürülmesi amacıyla kullanılan tüm *yöntemleri*, şartları yerine getirmek için ilgili dokümanlarda tanımlanmıştır.

Kalite hedefleri belirlenirken kalite politikası ve *Gaziantep Üniversitesi Stratejik Planı* ile uyumlu, ölçülebilir ve uygulanabilir şartları dikkate alınarak ürün ve hizmetlerin uygunluğu ile müşteri memnuniyetini *artırmaya* çalışılmakta, sonuçlar izlenmektedir. Aynı zamanda kalite hedefleri *yılsonunda bir önceki yılın değerlendirilmesi ve gelecek yılın hedef belirlemesi birimlerden resmi yazı ile istenerek görüşleri doğrultusunda şekillenir* ve Yönetimin Gözden Geçirmesi(YGG) toplantılarında tartışılarak uygun şekilde güncellenmekte ve duyurulmaktadır. Kalite amaçlarımız web sayfamızda birim personellerimize duyurulmaktadır.

6.2.2.Üst yönetimimiz *birimlerden üst yazı ile istediği* kalite hedeflerini Ocak ayı içinde Kalite Politikası ile uyumlu olarak belirler ve doküman eder. Bir önceki dönemin hedefleri, Yönetimin Gözden Geçirmesi Toplantısı'nda görüşülerek hedeflerin ulaşılma durumu görüşülür. Bir sonraki dönemin hedefleri aynı şekilde bu toplantıda görüşülerek üst yönetim tarafından onaylanır. Hedefler takip edilerek (Bölüm Kalite Hedefleri), gerekiyor ise güncelleştirilir.

Referans Dokümanlar:

KY.PL.02.Hedef Eylem Planlaması

6.3.Değişikliklerin planlanması

Kalite amaçlarımıza ulaşmak için planlama yapılmıştır. Fakültemiz;

- Kalite hedefleri de dâhil olmak üzere Madde 4.1'de verilen şartları yerine getirmek için, kalite yönetim sistemini plânlar,
- Kalite yönetim sisteminde, değişiklikler plânlanıp uygulandığında, kalite yönetim sisteminin bütünlüğünün sürdürülmesini *sağlar*,
- Belirlenen kalite hedeflerine ulaşılmasını sağlamak için ihtiyaç duyulan kaynaklar belirlenmiştir. Ayrıca planlama, hedefler, öğrenci beklentileri, bilimsel ve teknolojik gelişmeler, süreç ve hizmet performans değerleri, personelin önerileri ve iyileştirme koşulları

HAZIRLAYAN(.../.../...)		KONTROL EDEN(.../.../...)	ONAYLAYAN(.../.../...)	ONAYLAYAN(.../.../...)
Birim Kalite Temsilcisi	Birim Kalite Temsilcisi	Kalite Güvence Koordinatörü	Dekan	Rektör



GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
KALİTE EL KİTABI

Döküman Kodu:	DİŞ-KEK-01
Yürürlük Tarihi:	01.12.2018
Revizyon Tarihi/No	04.01.2022/02
Sayfa No	15 / 39

göz önünde bulundurularak gerçekleştirilir. Yapılan değişikliklerin sisteme olası olumsuz etkilerinin önlenmesi, periyodik gözden geçirme, performans izleme ve iç tetkikler ile güvence altına alınmıştır.

d) Sağlık Bakanlığı mevzuatı gereği yılda bir kez KY.PL.01.Özdeğerlendirme Planı hazırlanır ve takip edilir.

e) Destek hizmetlerine ilişkin olarak otelcilik hizmetleri doğrultusunda OH.PL.01.Genel Temizlik Planı, AH.PL.01.Genel Anestezi Ameliyathanesi Temizlik Planı, OH.TL.01.Çamaşır Toplama ve Yıkama Talimatı ile takip ve koordinasyon sağlanır,

f) Altyapı değişiklikleri YGG toplantısında görüşüldüğü gibi acil durumlarda Rektörlüğe üst yazı ile bildirilerek planlama yapılmasını sağlar. Altyapı ve donanımlara ilişkin olarak; MC.PR.01.Malzeme ve Cihaz Yönetim Prosedürü ve MC.PL.04.Cihaz Bakım Planı, MC.PL.03.Kalibrasyon Planı doğrultusunda takip ve koordine sağlanmaktadır.

g) Malzeme yerleşimi, takip ve koordinasyonu için MC.PL.01.Katma Bütçe Yerleşim Planı ve MC.PL.02.Döner Sermaye Yerleşim Planı hazırlanmış olup ilgili personel ataması yapılmaktadır,

h) Mevzuat gereği atık yönetimine ilişkin olarak; AY.PR.01.Atık Yönetim Prosedürü, MC.PR.02.Tehlikeli Madde Yönetimi Prosedürü, AY.PL.01.Endüstriyel Atık Yönetim Planı hazırlanmakta ve ilgili alanda eğitim almış personel ile takibi sağlanmaktadır,

i) Destek hizmetleri kapsamında TA.PL.01.Tıbbi Kayıt ve Arşiv Yerleşim Planı yapılmakta ve alanda eğitim almış personel tarafından TA.TL.01.Arşiv Talimatı doğrultusunda takibi sağlanır,

j) Kaynakların varlığı ve planlanması yönetim tarafından KY.PL.03.Kaynak Planlaması ile düzenli takibi yapılır ve YGG toplantısında görüşüldüğü gibi acil durumlarda Rektörlüğe üst yazı ile bildirilerek planlama yapılmasını sağlar,

k) Görev Tanımları ile belirlenen yetki ve sorumluluklar yönetim tarafından düzenli takibi yapılır, revizyonları Kalite Güvence Biriminden istenir ve YGG toplantısında gündem olarak görüşülmesi sağlanır.

l) Risk planlaması RY.PR.01.Risk Analizi Prosedürü ve GAÜN-PRD-05.Sürekli İyileştirme Prosedürüne uygun şekilde İş Sağlığı ve Güvenliği riskleri ile birlikte yapılmaktadır.

m) Bölgesel ve hizmet verilen alanlar gereği yıllık olarak; AD.PL.01.Acil Durum Afet Planı Acil Durum Afet Yönetim Ekibi tarafından hazırlanır ve İl Sağlık Müdürlüğüne resmi yazı ile gönderilir.

HAZIRLAYAN(.../.../...)		KONTROL EDEN(.../.../...)	ONAYLAYAN(.../.../...)	ONAYLAYAN(.../.../...)
Birim Kalite Temsilcisi	Birim Kalite Temsilcisi	Kalite Güvence Koordinatörü	Dekan	Rektör



GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
KALİTE EL KİTABI

Döküman Kodu:	DİŞ-KEK-01
Yürürlük Tarihi:	01.12.2018
Revizyon Tarihi/No	04.01.2022/02
Sayfa No	16 / 39

n) *Eğitim planlaması personel farkındalığı ve yetkinliğini artırmaya yönelik olarak; yılsonunda ihtiyaç belirlemeye yönelik olarak resmi yazı ile birimlerden ihtiyaçlar toplanır ve bunun akabinde EY.PL.01. Eğitim Planı hazırlanır ve takip edilir. Sağlık Bakanlığı Rehberi doğrultusunda zorunlu olan eğitimler planda muhakkak yer alır, diğer eğitimler birim talepleri doğrultusunda şekillenir.*

o) *Enfeksiyonların önlenmesi kapsamında EN.PL.01.Sağlık Tarama Planı doğrultusunda personel taramaları ve takipleri yapılır ve kayıtları Kalite Birimi tarafından muhafaza edilir.*

Ayrıca, kalite yönetim sisteminde değişiklik ihtiyacı tespit ederse, değişiklikleri planlı şekilde gerçekleştirir.

Referans Dokümanlar:

KY.FR.05.Kalite Yönetim Sistemi Planı

RY.PR.01. Risk Analizi Prosedürü

Sürekli İyileştirme Prosedürü

KY.PL.01. Özdeğerlendirme Planı

OH.PL.01. Genel Temizlik Planı

AH.PL.01. Genel Anestezi Ameliyathanesi Temizlik Planı

OH.TL.01. Çamaşır Toplama ve Yıkama Talimatı

MC.PR.01.Malzeme ve Cihaz Yönetim Prosedürü

MC.PL.04. Cihaz Bakım Planı

MC.PL.01. Katma Bütçe Yerleşim Planı

MC.PL.02. Döner Sermaye Yerleşim Planı

AY.PR.01. Atık Yönetim Prosedürü

MC.PR.02. Tehlikeli Madde Yönetimi Prosedürü

AY.PL.01. Endüstriyel Atık Yönetim Planı

TA.PL.01. Tıbbi Kayıt ve Arşiv Yerleşim Planı

KY.PL.03. Kaynak Planlaması

EY.PL.01. Eğitim Planı

EN.PL.01. Sağlık Tarama Planı

TA.TL.01. Arşiv Talimatı

MC.PL.03. Kalibrasyon Planı

7.DESTEK

7.1.Kaynaklar

7.1.1.Genel

Fakültemiz;

HAZIRLAYAN(.../.../...)		KONTROL EDEN(.../.../...)	ONAYLAYAN(.../.../...)	ONAYLAYAN(.../.../...)
Birim Kalite Temsilcisi	Birim Kalite Temsilcisi	Kalite Güvence Koordinatörü	Dekan	Rektör



GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
KALİTE EL KİTABI

Döküman Kodu:	DİŞ-KEK-01
Yürürlük Tarihi:	01.12.2018
Revizyon Tarihi/No	04.01.2022/02
Sayfa No	17 / 39

- a) KYS' nin uygulanması, sürdürülmesi ve etkinliğinin sürekli iyileştirilmesine hizmet içi eğitimlerle insan kaynağını, teknolojik yeniliklerin takibi ile altyapı donanımları desteklenmeye çalışılmaktadır.
- b) Paydaş şartlarının yerine getirilmesiyle Paydaş memnuniyetinin artırılması için gerekli kaynakları belirlemiş ve sağlamış bulunmaktadır. Bu kaynaklar;
- İnsan kaynakları -Bütçe - Altyapı - Çalışma ortamı şeklindedir.
- c) *Kaynak Planlaması ile belirlenen kaynakların alanları, yetkinlikleri ve varlık durumu takip edilmektedir.*
- d) İhtiyaç duyulan kaynakları ilgili yasalar ve bütçe kapsamında belirlemekte ve tedarik etmektedir. *İlgili firmaları MC.LS.02. ile takip etmektedir.*
- e) Kaynakların kullanım amaçları; Kalite Sistemini devam ettirmek ve etkinliğini sürekli geliştirmek, hizmet alanların memnuniyetini sağlamak ve ihtiyaçlarını karşılamaktır.
- f) Gaziantep Üniversitesi bünyesinden personelin tedarigi hususunda yardım almakta ve özellikle *destek hizmetlerine dair tedarik de üniversitemizin ilgili daire başkanlıklarından temin etmektedir.*

7.1.2.Kişiler

Hizmet kalitesinin, doğrudan personelin kalitesine bağlı olduğunun farkında olan Fakültemiz, personelin, uygun eğitim, öğretim, beceri ve tecrübe yönünden yetkinlikleri göz önüne alınarak görevlendirilmektedir. Ayrıca yeni personelin seçiminde ve işe başlamasında Gaziantep Üniversitesi Rektörlüğü yetkilidir. Personel seçiminde, pozisyonların tanımlamaları (işin gerektirdiği özellikler, görev tanımı, gerekli eğitim seviyesi, deneyimler) ölçüt olarak kullanılır. *İşe yeni başlayan personellere görev tanımları oryantasyon eğitimi akabinde tebliğ edilir.* Fakültemizde gerçekleştirilen faaliyetlerin yeterli niteliklere sahip olan personel tarafından yapılmasını güvence altına almak için, personelin eğitim ihtiyaçları takip edilmekte, gerekli durumlarda iç yazışmayla personelin eğitim ihtiyaçları alınıp değerlendirilmektedir.

Eğitim ihtiyaçları periyodik olarak gözden geçirilerek bu ihtiyaçları karşılayacak *EY.PL.01.Yıllık Eğitim Planı* Fakültemiz Kalite Yönetim Birimi tarafından yürütülür.

Gerçekleşen eğitimler sonrası, eğitime katılanlar tarafından Eğitim Değerlendirme Formu doldurularak, Eğitim Etkinliği Değerlendirme Formları ile Kalite Yönetim Birimi tarafından eğitimin etkinliği izlenir. Kurumda ilk göreve başlayanlar veya birim değiştiren personel uyum eğitimine tabi tutulur. *Eğitimler, EY.FR.03.Oryantasyon Eğitim Formu ile kayıt altına alınır.* Bilgilendirme, sempozyum, seminer, uyum eğitimi, kongre, konferans ve kurum dışında alınan eğitimlerin etkinlik değerlendirmesi yapılmaz. Eğitim faaliyetleri sonucu oluşan kayıtlar Eğitim

HAZIRLAYAN(.../.../...)		KONTROL EDEN(.../.../...)	ONAYLAYAN(.../.../...)	ONAYLAYAN(.../.../...)
Birim Kalite Temsilcisi	Birim Kalite Temsilcisi	Kalite Güvence Koordinatörü	Dekan	Rektör



Katılım Formu, Eğitim Değerlendirme Formu ve Oryantasyon Eğitim Formu Kalite Yönetim Biriminde muhafaza edilir.

Akademik Personel yetkinliğine ilişkin olarak Bilimsel Araştırma Projeleri tarafından kongre, sempozyum, seminer gibi bilimsel toplantılara katılımları desteklenmekte ve personele akademik teşvik olarak ödüllendirme yapılmaktadır.

Referans Dokümanlar:

EY.FR.01.Eğitim Katılım Formu

EY.FR.02.Eğitim Değerlendirme Anketi

GAÜN -PRD-01-Kayıtların Kontrolü Prosedürü

EY.PL.01.Yıllık Eğitim Planı

EY.FR.03.Oryantasyon Eğitim Formu

7.1.3.Altyapı

Fakültemiz, süreçlerin işletilmesi, ürün ve hizmetlerin uygunluğunu elde etmek için gerekli altyapı tayin edilmiştir. Hizmetin şartlara uygunluğunu sağlamak için gerekli olan altyapının sürdürülmesine yönelik takip yapılmakta ve iyileştirme çalışmaları *başlatılmaktadır*. Alt yapımız;

- idari bina, eğitim binası, hastane kısmı, laboratuvarlar,
- süreç teçhizatı, yazılım ve donanım dahil olmak üzere araç, gereç ve ekipmanlar,
- destek hizmetlerini (bakım onarım gibi) kapsamaktadır.

Fakültemiz Yerleşim Planı'nda detaylar mevcuttur. Bölümler, Makine ekipman, personel/ziyaretçi hareket alanları, acil durum çıkış noktaları da bu planda belirtilmiştir. *MC.PL.01.Katma Bütçe Yerleşim Planı, MC.PL.02.Döner Sermaye Yerleşim Planı ile depo yerleşimleri ve kullanılan malzemeler Hastane Bilgi Otomasyonunun ilgili kısmında takip edilmektedir.*

Paydaş ile birlikte yönetim tarafından gerekli ise yapılan sözleşmeler doğrultusunda ilgili malzeme, makine ve ekipman belirlenmekte, bunun için kaynak ayrılarak karşılanmaktadır. *Ayrıca makine teçhizatlarının takibine ilişkin kodlama sistemi uygulanmaya başlanmış ve ilgili listelerde bu ekipmanların bakım periyotları takip edilmektedir. MC.PR.01.Malzeme Ve Cihaz Yönetimi Prosedürü ve MC.PR.02.Tehlikeli Madde Yönetimi Prosedürü kapsamında makine ve ekipman takipleri MC.PL.04.Bakım Planı ve MC.FR.02.Tehlikeli Madde Envanteri, MC.PL.03.Kalibrasyon Planı ve Envanteri ile sağlanarak ilgili TY.FR.15.Bakım Onarım ve İmalat İstem Formu, MC.FR.04.Numune Teslim ve Değerlendirme Formu ile kayıtları muhafaza edilmektedir.* İletişim için Elektronik Belge Yönetim Sistemi(EBYS), mail ağı, mobil

HAZIRLAYAN(.../.../...)		KONTROL EDEN(.../.../...)	ONAYLAYAN(.../.../...)	ONAYLAYAN(.../.../...)
Birim Kalite Temsilcisi	Birim Kalite Temsilcisi	Kalite Güvence Koordinatörü	Dekan	Rektör



ve sabit telefonlar, *Akıllı Telefon Uygulamaları*, internet, duyuru panoları ve değişik baskılı ürünler kullanılmaktadır.

Fakültemiz bilgi işlem ve bilgi güvenliğine yönelik olarak; BY.PR.01.Bilgi Güvenliği Prosedürü kullanılmakta ve takibi bilgi işlem birimi tarafından sağlanmaktadır.

Referans Dokümanlar:

- SKS Malzeme ve Cihaz Yönetimi
MC.PR.01. Malzeme Ve Cihaz Yönetimi Prosedürü
MC.PR.02. Tehlikeli Madde Yönetimi Prosedürü
MC.PL.04. Bakım Planı
MC.FR.02. Tehlikeli Madde Envanteri
MC.PL.03 .Kalibrasyon Planı ve Envanteri
TY.FR.15. Bakım Onarım ve İmalat İstem Formu
MC.FR.04.Numune Teslim ve Değerlendirme Formu

7.1.4.Süreçlerin işletimi için çevre

Fakültemiz, yapmış olduğu faaliyetlere yönelik olarak, tüm personele sosyal, psikolojik ve fiziksel şartlara uygun çalışma ortamı sunmakta, sürekliliğini sağlamakta ve günün şartlarına göre iyileştirmeleri sağlamaktadır.

Fakültemiz uygun bir çevre için aşağıdaki beşeri ve fiziki unsurları sağlamaktadır:

- Sosyal anlamda, ayrımcılık yapılmamakta, huzurlu bir çalışma ortamı sağlanmaktadır.
- Psikolojik olarak, stresi en aza indiren, tükenmişlik duygusundan uzaklaşılmasını sağlayan, aidiyet duygusunu güçlendiren etkinlikler yapılmaktadır.
- Fiziksel sahada, hem ürün hem çalışanlar için gerekli olan sıcaklık, nem, havalandırma, ışık ve hijyenik çalışma şartları sağlanmaktadır. *Bu şartlar ortam ölçümleri ile kontrol edilmektedir.*

Referans Dokümanlar:

- OH.PL.01. Genel Temizlik Planı
OH.PR.01. Temizlik İşleyiş Prosedürü
DS.FR.03. Isı Ve Nem Takip Formu
OH.FR.04. Lavabo Temizlik Takip Formu
OH.FR.06. Mescid Temizlik Takip Formu
OH.FR.07. Derslik Temizlik Takip Çizelgesi

7.1.5.İzleme ve Ölçme Kaynakları

HAZIRLAYAN(.../.../...)		KONTROL EDEN(.../.../...)	ONAYLAYAN(.../.../...)	ONAYLAYAN(.../.../...)
Birim Kalite Temsilcisi	Birim Kalite Temsilcisi	Kalite Güvence Koordinatörü	Dekan	Rektör



7.1.5.1.Genel

Fakültemiz, ürün ve hizmetlerin şartlara uygunluğunu doğrulamak amacıyla izleme ve ölçme kullandığı zaman, geçerli ve güvenilir sonuçları güvence altına almak için ihtiyaç duyulan kaynakları *Kaynak Planlaması ile* tayin ve tedarik etmektedir. *Cihaz ölçümlerine ilişkin olarak Kalibrasyon planları dahilinde kalibrasyon izlemleri yapılmakta ve ilgili sertifikalar Kalite Birimi tarafından muhafaza edilmektedir.* Kaynaklarımıza ilişkin olarak;

- Gerçekleştirilen belirli izleme ve ölçme faaliyet tipleri için uygun olduğunu,
- Amaçlarına sürekli uygunluğu güvence altına almak için sürdürülebilir olduğunu memnuniyet anketleri ile *izlenmekte*; YGG toplantılarında değerlendirilmekte ve güvence altına almaktadır. *Ayrıca Hasta ve Personel memnuniyet anketleri Anket Uygulama Rehberine göre hesaplamalar yapılarak sonuçları Kalite Güvence birimi tarafından analiz edilmekte ve Sağlık Bakanlığı sistemine Fakültemiz Kalite Birimi Birim Kalite Temsilcisi tarafından giriş yapılmaktadır.*

Referans Dokümanlar:

Kaynak Planlaması

Memnuniyet Anketleri

Kurum İç ve Dış Bağlam Tablosu

Risk Planı

7.1.5.2 Ölçüm izlenebilirliği

Ölçüm izlenebilirliği istendiğinde ya da fakültemiz tarafından ölçüm sonuçlarının geçerliliği açısından uygunluk sağlamanın önemli bir parçası olarak görüldüğünde, yılda bir kez ekipmanların ve cihazların kalibrasyonları *MC.PR.01.Malzeme ve Cihaz Yönetim Prosedürüne göre* takip edilmektedir.

Ölçüm teçhizatı:

- Uluslararası ve ulusal ölçüm standartlarına izlenebilir ölçüm standartlarına karşı, belirlenmiş aralıklarda veya kullanımdan önce kalibre edilmektedir,
- Durumlarını tanımlanmaktadır,
- Kalibrasyon tutanakları kayıt altında tutulmaktadır.

HAZIRLAYAN(.../.../...)		KONTROL EDEN(.../.../...)	ONAYLAYAN(.../.../...)	ONAYLAYAN(.../.../...)
Birim Kalite Temsilcisi	Birim Kalite Temsilcisi	Kalite Güvence Koordinatörü	Dekan	Rektör



Referans Dokümanlar :

MC.PR.01.Malzeme ve Cihaz Yönetim Prosedürüne

MC.PL.03.Cihaz Bakım Kalibrasyon Planı Ve Envanteri

Kalibrasyon Sertifikaları

7.1.6 Kurumsal bilgi

Fakültemiz, süreçlerinin işletilmesi, ürün ve hizmetlerinin uygunluğa erişmesi için ihtiyaç duyulan bilgi tecrübelerden kazanılan bilgi olduğu tespit edilmiş ve süreçlerde bunlar belirtilmiştir. Ayrıca; Akademik personelimizin yapmış olduğu yayınlar, katıldıkları kongre, sempozyumlar kurumsal bilgiyi artırmaktadır. Diğer kurum ve kuruluşlarla veya STK larla yapılan ortak projelerde kurumsal bilgi hazinemizi güçlendirmektedir. Buna ek olarak; kurum ve kuruluşlara yapılan ziyaretlerden elde edilen bilgilerde bu kapsamda değerlendirilmektedir.

Dış kaynaklı olarak; kalite standartlarından yararlandığı gibi, Fakültemizde gerçekleştirilen etkinliklerde edinilen deneyimlerde süreçlerimize yansıtılmıştır. Bu bilginin sürdürülebilirliği sağlanmaktadır. Ayrıca; tedarikçilerimizden aldığımız öneriler bilgi düzeyinde katkı sağlamaktadır. Süreçler kapsamında yapılan dış tetkikler neticesinde alınan görüş ve önerilerde kurumsal bilgi olarak değerlendirilmektedir.

7.2.Yetkinlik

Fakültemiz;

- Personelin 657 sayılı Devlet Memurları Kanununa göre sahip olması istenen yetkinlik düzeyi belirlenmiştir. Aynı zamanda 2547 sayılı YÖK Kanununa göre eğitim-öğretim ve deneyim yeterlilikleri belirlenmiştir.
- Kalite yönetim sisteminin performansını ve etkinliğini etkileyen kendi kontrolü altında personel kişi/kişilerin gerekli yetkinliğini belirlemekte,
- Bu kişilerin, uygun eğitim, öğretim ve tecrübelerini dikkate alarak yetkinliklerini güvence altına almakta ve gelişmesine yönelik olarak projeler, kongre, sempozyum katılımlarını desteklediği gibi hizmetiçi eğitimlerle de yetkinliğini artırmaya çalışmaktadır,
- Uygulanabildiğinde, ihtiyaç duyulan yetkinliği kazanması için gerekli faaliyetleri yapmakta ve bu faaliyetlerin etkinliğini değerlendirmekte,
- Fakültemiz Kalite Yönetim Birimi tarafından yıllık eğitim planları yapılırken, kalite ile ilgili eğitimler de aynı kapsamda değerlendirilmektedir. Faaliyetleri sırasında kalite üzerinde önemli etkileri olan veya olabilecek tüm personel, çalışma konularıyla ilgili yasal ve mesleki düzenlemeler konusunda eğitilmektedir.
- Eğitim ve bilinçlendirme faaliyetlerinin amacı, çalışan personelin kalite bilincinin ve

HAZIRLAYAN(.../.../...)		KONTROL EDEN(.../.../...)	ONAYLAYAN(.../.../...)	ONAYLAYAN(.../.../...)
Birim Kalite Temsilcisi	Birim Kalite Temsilcisi	Kalite Güvence Koordinatörü	Dekan	Rektör



anlayışının geliştirilmesi ve sürekli iyileştirilmesidir.

- g) Eğitim ihtiyaçları doğrultusunda Kalite Yönetim Biriminden yıllık eğitim programı dışında Elektronik Belge Yönetim Sistemi(EBYS) kanalı ile üst yazı ilgili birimlerden eğitim talepleri alınmaktadır,
- h) Akademik personelin yayın sayısı yıllık olarak takip edilmekte ve YGG de sunulmaktadır,
- i) Akademik personelin akademik teşvik ile yapmış olduğu bilimsel çalışmalar ödüllendirilmektedir,
- j) Uygun dokümanite edilmiş bilgiyi yeterliliğin kanıtı olarak muhafaza etmektedir.

Referans Dokümanlar:

Eİ.FR.02.Araştırma Laboratuvarı Formu
Akademik Teşvik Listesi
Eğitim Dosyaları

7.3.Farkındalık

Fakültemiz personeli; kalite politikasının, ilgili kalite amaçlarının ve dolayısıyla stratejik amaç ve hedeflerinin, kalite yönetim sistemi şartlarının yerine getirilmediği durumlarda müdahil olması gerektiğinin farkındadır. Fakültemizin KYS farkındalığının sağlanmasının koşullarından biri personelin eğitilmesidir.

Verilen eğitimlerin değerlendirilmesi iki şekilde ele alınır.

- Eğitici değerlendirilmesi ilkesi izlenerek eğitimi veren kurumun değerlendirilmesi,
- Personelin aldığı eğitimin değerlendirilmesi ilgili birim yetkilisi tarafından yapılmaktadır. Eğitimden sonra yapılan anketler ve düzenlenen raporlara göre değerlendirilir. Fakültemizde eğitim kayıtlarının takip edilebilmesi amacıyla, her personelin aldığı eğitimler, özlük dosyalarında saklanmaktadır.

Fakültemiz, personellerinin aşağıdakilerin farkında olduğunu güvence altına almaktadır;

- a) Kalite politikası,
- b) İlgili kalite amaçları,
- c) İyileştirilmiş performansın faydaları dahil, kendilerinin kalite yönetim sisteminin etkinliğine katkıları,
- d) Kalite yönetim sistemi şartlarının yerine getirilmediği durumlarda *özdeğerlendirme, bina turu, düzeltici faaliyet ve indikatör takibi* ile müdahil olma durumlarını kontrol etmektedir.

7.4.İletişim

HAZIRLAYAN(.../.../...)		KONTROL EDEN(.../.../...)	ONAYLAYAN(.../.../...)	ONAYLAYAN(.../.../...)
Birim Kalite Temsilcisi	Birim Kalite Temsilcisi	Kalite Güvence Koordinatörü	Dekan	Rektör



GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
KALİTE EL KİTABI

Döküman Kodu:	DİŞ-KEK-01
Yürürlük Tarihi:	01.12.2018
Revizyon Tarihi/No	04.01.2022/02
Sayfa No	23 / 39

- Fakültemiz; kalite yönetim sistemi ile ilgili gerekli olan iç ve dış iletişimine dair; kimin, neyle ilgili, ne zaman, kiminle, iç iletişim kanalları ile iletişim kuracağımı organizasyon şemasında, görev tanımlarında ve kurumsal iletişim stratejilerinde belirlemiş durumdadır. Fakültemiz uygun iletişimi, kalite yönetim sisteminin etkinliğini dikkate alarak gerçekleştirmektedir. Fakültemiz birimlerinde yapılan toplantılar, eğitimler, prosedürler ve formlar da birer iletişim unsurudur. Hasta ve hasta yakını, dış tedarikçi, diğer kamu kurumları gibi dış paydaşlar web sitemiz ve Elektronik Belge Yönetim Sistemi(EBYS) aracılığı ile resmi yazışmalar, Gaziantep Üniversitesi İletişim Merkezi (GİMER),Cumhurbaşkanlığı İletişim Merkezi(CİMER), Hasta Hakları Birimi üzerinden bilgilendirilirler.

İletişim için kullanılan metotlar *Kurumsal İletişim Stratejilerinde belirlendiği gibi* aşağıda da belirtilmiştir.

- İç yazışmalar
- Elektronik Belge Yönetim Sistemi (EBYS)
- ÖĞrenci Otomasyon Sistemi
- Hastane Bilgi Yönetim Sistemi Otomasyonu(HBYS)*
- Kalite Yönetim Sistemi Otomasyonu*
- İlan Panoları
- Toplantılar
- Telefon ve Faks
- Yüz yüze görüşmeler
- E-mail
- Akıllı Telefon Uygulamaları
- Memnuniyet Anketleri
- Öneri Şikayet Formları

İLGİLİ İÇ PAYDAŞ	İLEŞİM METODU	SORUMLULAR
REKTÖRLÜK	Elektronik Belge Yönetim Sistemi (EBYS)	Fakülte Sekreteri
AKADEMİK PERSONEL	Elektronik Belge Yönetim Sistemi (EBYS), Öğrenci Otomasyon Sistemi, Duyuru Panosu, Akıllı Telefon uygulamaları, Kalite Yönetim Sistemi Otomasyonu	Fakülte Sekreteri, Müdür Yardımcısı, Bölüm Başkanları
İDARİ PERSONEL	Elektronik Belge Yönetim Sistemi (EBYS), HBYS, Öğrenci Otomasyon Sistemi, Duyuru Panosu, Akıllı Telefon uygulamaları, Kalite Yönetim Sistemi Otomasyonu	Fakülte Sekreteri, Müdür Yardımcısı
ÖĞRENCİ	Telefon, Elektronik Posta, Öğrenci Not Sistemi, Otomasyon Sistemi, Dilek ve Öneri Kutuları, Memnuniyet	Fakülte Sekreteri, Müdür Yardımcısı, Bölüm Başkanları, Öğrenci Danışmanları, Öğrenci

HAZIRLAYAN(.../.../...)		KONTROL EDEN(.../.../...)	ONAYLAYAN(.../.../...)	ONAYLAYAN(.../.../...)
Birim Kalite Temsilcisi	Birim Kalite Temsilcisi	Kalite Güvence Koordinatörü	Dekan	Rektör



GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
KALİTE EL KİTABI

Döküman Kodu:	DİŞ-KEK-01
Yürürlük Tarihi:	01.12.2018
Revizyon Tarihi/No	04.01.2022/02
Sayfa No	24 / 39

Anketleri, Duyuru Panosu	İşleri, Birim Kalite Temsilcisi
--------------------------	---------------------------------

İLGİLİ DİŞ PAYDAŞ	İLEŞİM METODU	SORUMLULAR
YÖK Yükseköğretim Kurulu	Elektronik Belge Yönetim Sistemi (EBYS)	Fakülte Sekreteri, Müdür Yardımcısı
Kamu Kurum ve Kuruluşları, Sağlık Bakanlığı	Elektronik Belge Yönetim Sistemi (EBYS), Telefon, Elektronik Posta	Fakülte Sekreteri, Müdür Yardımcısı
Mezunlar	Elektronik Belge Yönetim Sistemi (EBYS), Telefon, Elektronik Posta	Yükseköğretim Müdürü, Müdür Yardımcıları, Bölüm Başkanları, Öğrenci Danışmanları, Öğrenci İşleri, Birim Kalite Temsilcisi
Hastalar	Duyuru Panoları, Duyuru Ekranları, Öneri ve Şikayet Formları, Memnuniyet Anketleri	Bölüm Başkanları, <i>Hasta Hakları Birimi</i>
Kredi Yurtlar Kurumu	Telefon, Elektronik Posta	Fakülte Sekreteri, Öğrenci İşleri
TSE	Telefon, Elektronik Posta	Fakülte Sekreteri, Müdür Yardımcısı, Birim Kalite Temsilcisi

7.5.Dokümante edilmiş bilgi

7.5.1.Genel

Fakültemiz kalite yönetim sistemi dokümante edilmiş bilgiyi ve kalite yönetim sisteminin etkinliğini artırmak için belirlenen dokümante edilmiş bilgiyi nasıl yöneteceğine ve dizayn edeceğine GAÜN PRD-01-Doküman Yönetimi Prosedürü ve DY.PR.01.Dökümanların Dağıtılması ve Duyurulması Prosedürü ile yönlendirmektedir.

Referans Dokümanlar:

GAÜN -PRD-01-Doküman Yönetimi Prosedürü

DY.PR.01.Dökümanların Dağıtılması Ve Duyurulması Prosedürü

7.5.2.Oluşturma ve güncelleme

Fakültemiz; dokümante edilmiş bilgileri oluştururken ve güncellerken aşağıdakileri uygun şekilde güvence altına almaya çalışmaktadır.

Referans Dokümanlar :

Doküman Yönetimi Prosedürü

DY.LS.02.Güncel Doküman Listesi

HAZIRLAYAN(.../.../...)		KONTROL EDEN(.../.../...)	ONAYLAYAN(.../.../...)	ONAYLAYAN(.../.../...)
Birim Kalite Temsilcisi	Birim Kalite Temsilcisi	Kalite Güvence Koordinatörü	Dekan	Rektör



DY.LS.03.Dış Kaynaklı Doküman Listesi

7.5.3.Dokümanite edilmiş bilginin kontrolü

Kalite yönetim sistemi ve bu standart tarafından istenen dokümanite edilmiş bilgi, aşağıdakileri güvence altına almak için kontrol edilirken ve saklanırken ihtiyaç olduğu zamanda kullanım için varlığı ve uygun olması, uygun şekilde korunması sağlanmaktadır.

Dokümanite edilmiş bilginin kontrolü için fakültemiz; dağıtım, erişim, kullanım ve tekrar kullanım, niteliğinin korunması dahil, arşivleme ve koruma, değişikliklerin kontrolü, muhafaza ve elden çıkarma hususlarını güvence altına almak için kişileri bilgilendirmekte ve kayıtları muhafaza etmektedir. Kalite yönetim sisteminin planlaması ve işletimi için gerekli olduğu, Fakültemiz tarafından belirlenen dış kaynaklı dokümanite edilmiş bilgi, uygun şekilde tanımlanmakta ve Gaziantep Üniversitesi Kalite Güvence Birimi web sayfasından online takip edilmekte ve güncellenmektedir. Web sayfasında güncelleme anlık olduğu için güncellemelerimiz anlık takip edilmektedir. Uygunluğun kanıtı olarak muhafaza edilen dokümanite edilmiş bilgi, istenmeyen değişikliklere karşı korunmakta DY.LS.03.Dış Kaynaklı Doküman Listesi'nde düzenli olarak takip edilmektedir. Dokümanlarımız Fakültemiz web sayfasından paylaşılmakta ve tüm paydaşlara açık olarak sunulmaktadır. Matbu imzalı hallerinin duyurulması durumunda **KONTROLLÜ KOPYA** şeklinde Kalite Güvence Birimi tarafından dağıtım yapılmaktadır.

Referans Dokümanlar :

DY.PR.01.Dökümanların Dağıtılması Ve Duyurulması Prosedürü
SKS DÖKÜMAN YÖNETİMİ

8.OPERASYON

8.1.Operasyonel planlama ve kontrol

Fakültemiz, *eğitim ve sağlık hizmetinin* gerçekleştirilmesi için gerekli olan süreçlerin planlamasını yapmakta ve gelişimlerini sağlamaktadır. Tespit edilen süreçlerin belirleyicisi, kalite politikası, kalite hedefleri, hizmet alanların ihtiyaç ve beklentileri ile hizmet için belirlenmiş olan *yasal şartlar*dır. Hizmetler, yukarıda belirlenen şartları karşılayacak biçimde, süreç kartları, prosedürler olarak tanımlanmıştır. Belirlenen süreçler için hizmet tanımlı şartları belirtir bir doküman varsa (örnek: yasa, tüzük, yönetmelik v.b.) bunlara atıfta bulunulur.

Hizmetin gerçekleştirilmesine yönelik her bir faaliyet sahası için Kalite Yönetim Sisteminin 4.4 Kalite Yönetim Sistemi ve Süreçleri maddesinde, belirtilen süreçler planlanmış ve prosedürler, iş akış şemaları/talimatlar hazırlanmıştır.

Hizmet gerçekleştirme PUKÖ (Planla, Uygula, Kontrol Et, Önlem Al) döngüsüne uygun olarak sağlanmış ve bu doğrultuda yapılan faaliyetler için yetki ve sorumluluklar belirlenmiştir.

HAZIRLAYAN(.../.../...)		KONTROL EDEN(.../.../...)	ONAYLAYAN(.../.../...)	ONAYLAYAN(.../.../...)
Birim Kalite Temsilcisi	Birim Kalite Temsilcisi	Kalite Güvence Koordinatörü	Dekan	Rektör



GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
KALİTE EL KİTABI

Döküman Kodu:	DİŞ-KEK-01
Yürürlük Tarihi:	01.12.2018
Revizyon Tarihi/No	04.01.2022/02
Sayfa No	26 / 39

Ayrıca hizmetlere yönelik gerekli doğrulama, geçerli kılma, izleme metot ve kriterleri belirlenmiş olup, kayıtları düzenli olarak tutulmaktadır. *Bunlar SÇ.FR.06.Performans Değerlendirme Formu ile takip edilmektedir.* Fakültemiz, ürün ve hizmet sunmak için şartları karşılamak ve faaliyetleri gerçekleştirmek için ihtiyaç duyulan süreçleri planlamış ve yıllık olarak yılda üç defaya denk gelecek şekilde yıllık planlama yapmakta ve süreçlerini gözden geçirerek kontrol etmektedir. Hizmet memnuniyetinin ölçümüne ilişkin olarak *yılda bir kez çalışan, aylık olarak hasta ve dönemlik olarak öğrenci* memnuniyet ölçümleri yapılmakta ve analizleri değerlendirilmektedir. Memnuniyet ölçümleri kalite yönetim biriminde muhafaza edilmektedir. *YGG toplantısında sonuçları görüşülmektedir.*

Referans Dokümanlar :

SÇ.FR.06.Performans Değerlendirme Formu

8.2.Hizmetler için şartlar

8.2.1.Paydaş ile iletişim

Fakültemizde, paydaşlardan gelen bilgiler, memnuniyet ifadeleri, şikâyetler, beklenti ve taleplerin tam ve doğru olarak alınabilmesi için paydaşlarımız ile etkin iletişim metotları kullanılır. Paydaş şikâyetleri ve anketleri, paydaşlarımız hizmetlerdeki memnuniyetini ölçmede en etkin göstergedir. Ayrıca paydaşlarımızın ihtiyaç duyduğu yeni hizmetlerin tespit edilmesi ve iyileştirmenin yapılması için geri besleme bilgileridir. Fakültemiz paydaş ile iletişim kurarken; hizmetle ilgili bilgi sağlanmakta, değişiklikler dahil tatil günlerine ilişkin tüm bilgilendirmeler anlık olarak web sayfasından sosyal medyadan yapılmaktadır. Paydaş şikâyetleri dahil, hizmetlerle ilgili paydaşlardan geri bildirimler sağlanmasına yönelik olarak öneri şikâyet linki siteden takip edilmektedir. Ayrıca herhangi bir beklenmedik acil şikâyet durumunda anlık; SÇ.FR.02.Dilek-Öneri Şikâyet Formu matbu alınmakta ve Hasta Hakları Birimine sunulmaktadır. Şikâyetlere dair bildirimlere en geç iki haftalık sürede cevap verilir. Bildirim kayıtları saklanır. *Hasta hakları Birimi tarafından düzenli olarak hasta anketleri takip edildiği gibi Öneri şikâyet kutuları haftalık periyotta toplanıp kayıt altına alınmaktadır. Ayrıca CİMER ve EBYS kanalı ile gelen tüm bildirimler kayıt altına alınarak yıllık istatistik alınmaktadır. Bunlar ayrıca İl Sağlık Müdürlüğü otomasyon sistemine de veri girişi kaydedilmektedir.*

Eğitim alanında paydaşlara yönelik olarak akreditasyon çalışmaları kapsamında kurul oluşturulmakta ve kurulda mezun, aktif öğrenci ve dış paydaşa yer verilmektedir.

İletişim yöntemleri; yazışmalar, bire bir ya da telefon görüşmesi, e- mail ve web sitemiz, paydaş toplantıları, eğitim, seminer, konferans organizasyonları, paydaş ziyaretleri, paydaş memnuniyet anketi, afişler, panolar, duyurular, ilanlar şeklindedir.

Referans Dokümanlar :

SÇ.FR.02. Dilek-Öneri Şikâyet Formu

HAZIRLAYAN(.../.../...)		KONTROL EDEN(.../.../...)	ONAYLAYAN(.../.../...)	ONAYLAYAN(.../.../...)
Birim Kalite Temsilcisi	Birim Kalite Temsilcisi	Kalite Güvence Koordinatörü	Dekan	Rektör



- SÇ.FR.03. Hasta Hakları Birimi Başvurular
SÇ.FR.04. Dilek Şikayet Kutuları Toplama Tutanağı
SÇ.FR.05. EBYS den gelen Yazı Bilgileri
SÇ.FR.01. Hasta hakları Yerinde Çözülen Sorunlar Kayıt Formu

8.2.2.Hizmetler için şartların tayin edilmesi

8.2.2.1.Fakültemiz, öğrencilere yönelik olarak vermiş olduğu hizmetini yönerge ve yönetmeliklerle şartları belirlenmiş ve güvence altına alınmıştır. Yönetmeliklere göre paydaşa teklif edilecek hizmetler için şartları karşılayabilme yeteneğine sahiptir. Fakültemiz eğitim ve öğretim faaliyetine yönelik kaliteyi artırıcı ve kontrol edici bir süreç olarak eğitim akreditasyonu kapsamında DEPAD (Diş Hekimliği Eğitimi Programları Akreditasyon Derneği) tarafından akreditasyon süreci ile kaliteli hizmet sunacağını taahhüt etmektedir. Fakültemiz, paydaşa hizmeti sağlamayı taahhüt etmesinden önce, aşağıdakileri içeren bir gözden geçirme yapmaktadır:

- Hizmetlere uygulanabilir birincil ve ikincil mevzuat şartları,
- Fakültemiz tarafından belirtilen şartlar,
- Faaliyetlerle ilgili şartlar dâhil paydaş tarafından belirtilen şartlar

Hastalara ilişkin hizmetlere yönelik olarak Sağlık Bakanlığı'nın ilgili yönetmelik ve sağlıkta akreditasyon ve Kalite Kulavuzuna göre şartlar belirlenmekte ve ilgili mevzuatlar uygulanmaktadır.

8.2.2.2.Fakültemiz dönemsel yapılan iyileştirme çalışmalarını dokümante etmektedir.

8.2.3.Hizmetler için şartların gözden geçirilmesi

Fakültemizde verilen hizmete ilişkin olarak yapılan tüm başvurular ilgili birimlerce değerlendirilir ve Bilgi Edinme Kanunu kapsamında cevaplandırılır. Eğitim süreci ve Hastane süreci 6 aylık periyotta gözden geçirilmekte, değerlendirme anketleri, dilekçeler ve gelen öneri şikayet form istatistiklerine göre öneriler değerlendirilerek gözden geçirilmektedir.

8.2.4.Hizmetler için şartların değişmesi

Fakültemiz faaliyetlerine uygun olan görevlerin takibinde, hizmet alanların talepleri değerlendirilmeye alınarak gerçekleştirilir. Bu şartlar; önceden belirlenmiş olan hizmetin yerine getirilmesine yönelik yapılabirlik şartları ile hizmette kullanılacak yasal şartları da kapsar. Öğrencilerin talepleri istek ve dilekçe yoluyla alınmakta ve cevap verilmektedir. Hizmetler için şartlar değiştiğinde Fakültemiz, ilgili dokümante edilmiş bilginin değiştirilmiş olduğunu ve ilgili personelin değişen şartların farkında olduğunu güvence altına almak için duyuruları güncel tutmakta ve gerekli durumlarda bilgilendirme toplantıları yapmaktadır.

HAZIRLAYAN(.../.../...)		KONTROL EDEN(.../.../...)	ONAYLAYAN(.../.../...)	ONAYLAYAN(.../.../...)
Birim Kalite Temsilcisi	Birim Kalite Temsilcisi	Kalite Güvence Koordinatörü	Dekan	Rektör



Referans Dokümanlar :

Sürekli İyileştirme Prosedürü
KY.PR.-01.Eğitim-Öğretim Süreci

8.3 Hizmetlerin tasarımı ve geliştirilmesi

8.3.1.Genel

Bu madde Fakültemiz tarafından; laboratuvarlarda öğrencilere yönelik eğitim hizmetini tamamlayacak şekilde tasarım yapılmakta olup, ilgili aşamalar süreç kartlarında ifade edilmiştir.

Referans Dokümanlar:

KY.PR.02.HASTANE SÜRECİ
İş Akışları(2)

8.3.2 Tasarım ve geliştirmenin planlanması

Tasarım ve geliştirmenin aşamaları ve kontrolleri tayin edilirken fakültemiz;

a) Tasarım ve geliştirme faaliyetlerin yapısı akademik personellerin yetkinliklerine göre yapılmış oldukları yayınlar, projeler, laboratuvar araştırmaları şeklindedir ve bu faaliyetler yıllık olarak yapılmaktadır.

b) Uygulanabilir tasarım ve geliştirme gözden geçirmeleri dâhil, gerekli proses aşamalarını,

c) Gerekli tasarım ve geliştirme faaliyetlerine ilişkin olarak; yayınların kongre, dergi gibi alanlarda yayınlanması o mecraya ait değerlendirme kurulları ve Etik Kuruldan geçmesi neticesinde doğrulama ve geçerli kılma sağlanmış olmaktadır.

d) Tasarım ve geliştirmeye yönelik olarak eğitim süreci ve iş akışında personel yetkinliğine dair tanımlamalar yapılmış olup, yıllık akademik teşvik değerlendirmesinde tasarım kaynakları puanlanmakta ve değerlendirmeye yansımaktadır,

e) Hizmetlerin tasarım ve geliştirilmesi için ihtiyaç duyulan iç ve dış kaynaklar altyapı, yolluk vb şekilde fakülte ve Bilimsel Araştırma Projeleri (BAP)tarafından sağlanmaktadır,

f) Tasarım ve geliştirme proseslerinde yer alan kişiler arasındaki koordinasyon proje ara raporları ile takip edilmekte ve kontrolleri sağlanmaktadır,

g) Paydaşların tasarım ve geliştirme prosesinde yer alma durumları yayının veya projenin içeriğine göre değişmekte ve pozisyonu belirlenmektedir,

h) Ürün ve hizmetlerin daha sonraki sunumu için şartları fakülte faaliyetlerine göre şekillenmektedir,

i) Tasarım ve geliştirme süreci için paydaş beklentileri İlgili Taraf İhtiyaç Analiz Listesinde kontrol edilmektedir,

j) Tasarım ve geliştirme şartlarının karşılandığını göstermek için ihtiyaç duyulan dokümanlar edilmiş tüm kayıtlar kalite güvence birimi ve fakülte yazı işleri tarafından muhafaza edilmektedir.

8.3.3 Tasarım ve geliştirme girdileri

HAZIRLAYAN(.../.../...)		KONTROL EDEN(.../.../...)	ONAYLAYAN(.../.../...)	ONAYLAYAN(.../.../...)
Birim Kalite Temsilcisi	Birim Kalite Temsilcisi	Kalite Güvence Koordinatörü	Dekan	Rektör



Fakültemiz, tasarımı ve geliştirilmesi yapılacak belirli ürün ve hizmet tipleri için temel şartları projelerin kabul kriterlerinde ve ilgili yayının yayınlanacağı alan kriterlerinde belirlenmektedir.

Fakültemiz tasarım ve geliştirme faaliyetlerine ilişkin olarak;

- Fonksiyonel ve performans şartlarını,
- Önceki benzer tasarım ve geliştirme faaliyetlerinden elde edilen bilgi ile yayın atıflarını,
- Birincil ve ikincil mevzuat şartlarını,
- Fakültemizin uygulamayı taahhüt ettiği standartlar veya uygulama esaslarını ilgili mevzuatlar şartlarını dikkat almakta ve takip etmektedir.

Fakültemiz, tasarım ve geliştirme girdileri ile ilgili dokümanite edilmiş bilgiyi muhafaza etmekle birlikte Yönetim Gözden Geçirme toplantılarında istatistiki bilgiler değerlendirilmektedir.

8.3.4 Tasarım ve geliştirme kontrolleri

Fakültemiz, tasarım ve geliştirme ile ilgili kontrollere ilişkin olarak aşağıdaki hususlar uygulanmaktadır:

- Erişilmesi amaçlanan sonuçlara ilişkin hedefler belirlenmektedir,
- Tasarım ve geliştirme sonuçlarının şartları karşılama kabiliyetini değerlendirmek için gözden geçirmelerin yapılmaktadır,
- Ortaya çıkan ürün ve hizmetlerin, belirlenen uygulama veya amaçlanan kullanımına yönelik şartları karşılama güvence altına almak için geçerli kılma faaliyetlerinin yapıldığını,
- Gözden geçirme veya doğrulama ve geçerli kılma faaliyetleri esnasında tespit edilen problemler için gerekli her türlü önlemin alınmakta ve takip edilmektedir,
- Bu faaliyetlerle ilgili dokümanite edilmiş bilgiler muhafaza edilmektedir.

8.3.5 Tasarım ve geliştirme çıktıları

Fakültemiz, tasarım ve geliştirme çıktılarının;

- Girdi şartlarını karşıladığını yayınların yayın alan ve türlerine göre,
- Ürün ve hizmetlerin sunumu ile ilgili daha sonraki proseslerin yeterli olduğunu,
- Uygun olduğunda, izleme ve ölçüm şartlarını ve kabul kriterlerini içermesini veya bunlara atıfta bulunmasını,
- Ürün ve hizmetlerin istenen amacı ile güvenli ve uygun sunumu açısından temel özelliklerini belirlemesini kontrol, takip ve muhafaza etmektedir.

8.4.Dışarıdan Tedarik Edilen Süreç, Ürün ve Hizmetlerin Kontrolü

8.4.1.Genel

Fakültemiz Birimlerinde gerçekleştirilecek faaliyetlere yönelik olarak ihtiyaçların belirlenmesini müteakip satın alma faaliyetleri “Destek Süreci” doğrultusunda gerçekleştirilir. Fakültemiz Birimleri tarafından satın alınan mal ve hizmetler, insan kaynakları, altyapı ve çalışma ortamı ile ilgilidir ve kaliteyi doğrudan etkilemektedir. Satın alma faaliyetleri harcama yetkilisinin kontrolü ve Dekanın onayına bağlı olarak Kamu İhale Mevzuatı kapsamında yapılmaktadır. Fakültemiz, yangın tertibatının bakımı ve kontrolü, asansör bakım ve kontrolleri, altyapı bakımları ve personel ihtiyacı gibi durumlarda Gaziantep Üniversitesi'nin

HAZIRLAYAN(.../.../...)		KONTROL EDEN(.../.../...)	ONAYLAYAN(.../.../...)	ONAYLAYAN(.../.../...)
Birim Kalite Temsilcisi	Birim Kalite Temsilcisi	Kalite Güvence Koordinatörü	Dekan	Rektör



İlgili birimlerinden destek aldığı gibi kalibrasyon yapılması gereken cihazların kalibrasyon bakımlarının yapılması hususunda dış tedarikçilerden hizmet almaktadır. Bu faaliyetlere ilişkin tüm kayıtlar ve dokümanite edilmiş bilgiler muhafaza edilmektedir. *Eğitim ve sağlık hizmetlerinin sunumuna ilişkin olarak Protez Laboratuvarı Hizmet Alımı yapılmaktadır.*

Referans Dokümanlar :

Destek Süreci

İş Akışları(3)

8.4.2.Kontrolün tip ve boyutu

Fakültemiz, satın alınan ürünün doğrulanması işlemi, Kamu İhale Mevzuatı kapsamında oluşturulan muayene ve kabul komisyonları ile kontrol teşkilatları tarafından idari ve teknik şartname esaslarına göre yapılır. Kayıtlar, satın alma faaliyetini yapan birimlerde muhafaza edilir.

- Gaziantep Üniversitesi alt birimlerinden sağlanan hizmetlere ilişkin bilgileri ve kontrolü Üniversitenin periyotlarınca takip edilmekte,
- Dışarıdan sağlanan kalibrasyonu yapılması gereken cihazların kalibrasyon bakımlarının yapılması hususunda hizmet için takip planları doğrultusunda periyotlar kontrol edilmektedir.
- Satın alma süreçlerinde yer alan firmaların değerlendirmeleri MC.FR.01.Tedarikçi Değerlendirme Formu ile yapılmakta ve kontrol altında tutulmaktadır.
- Yemekhane hizmeti için Gaziantep Üniversitesi Sağlık Kültür ve Spor Daire Başkanlığı tarafından yapılan yıllık kontroller raporlanmakta ve Kalite Birimi tarafından da takip edilmektedir.

Referans Dokümanlar :

Destek Süreci

İş Akışları(3)

Kalibrasyon Raporları

8.4.3.Dış tedarikçi için bilgi

Fakültemiz,

- Satın Alma Birimleri, hizmet sürecini etkileyen malzemelerin satın alınması yönünde ihtiyaca uygun şekilde idari ve teknik şartnameler hazırlar. Bu şartnamelerde malzemeye/hizmete ait teknik ve kalite özellikleri tanımlanır. Bu şartnameler 2457 sayılı Kamu İhale Mevzuatı uyarınca doğrudan temin alım yolu tedarikçilere duyurulur.
- Gaziantep Üniversitesi alt birimlerinden sağlanan hizmetlere ilişkin bilgiler takip eden teknik personeller ve birim kalite temsilcisi tarafından sağlandığı gibi,
- Dışarıdan sağlanan kalibrasyonu yapılması gereken cihazların kalibrasyon bakımlarının yapılması hususunda hizmet sunacak firma için cihazın bilgileri saklanmakta ve firma için

HAZIRLAYAN(.../.../...)		KONTROL EDEN(.../.../...)	ONAYLAYAN(.../.../...)	ONAYLAYAN(.../.../...)
Birim Kalite Temsilcisi	Birim Kalite Temsilcisi	Kalite Güvence Koordinatörü	Dekan	Rektör



temin edilmektedir.

- d) *Protez laboratuvarı hizmetlerine ilişkin olarak; hasta bilgi ve ölçüleri doğrultusunda hizmet yapılan firmaya gönderilmekte ve bilgiler paylaşılmaktadır.*

8.5.Hizmetin Sunumu

8.5.1.Hizmet sunumunun kontrolü

Fakültemiz hizmetlerinin kontrollü şartlar altında gerçekleştirilebilmesi için gereken süreçler belirlenmiş, faaliyetlerin gerçekleştirilmesine yönelik talimatlar, iş akış şemaları, hizmet yönergeleri oluşturulmuş ve hizmet birimlerine dağıtım yapılmış ve ilgili personelin erişimine açılmıştır. Hizmetleri gerçekleştiren personelin yeterlilik şartları *görev tanımlarında* belirlenmiştir. Hizmetlerin gerçekleştirilmesi ve kontrol faaliyetleri ilgili hizmet yönergeleri ve süreç/prosedürlerde, talimatlarda/iş akış şemalarında açıkça tanımlanmıştır. Fakültemiz, hizmetin sunumunu kontrollü şartlarda yürütmektedir. Kontrollü şartlar uygulanabildiği ölçüde:

a) Aşağıdakileri tanımlayan dokümanite edilmiş bilgilerin mevcudiyetini:

- 1) Sunulacak hizmetlerin veya gerçekleştirilecek faaliyetlerin *eğitime ilişkin içerikleri ve şartları ders kataloglarında, ders planlamalarında, müfredat ve eğitim karnelerinde görülmektedir. Ayrıca; hasta işlemlerine ilişkin olarak hastane sürecinde ve mevzuatlara göre şekillenmektedir. Hastaya bilgilendirme onam formları ile yapılmaktadır.*

- 2) Eğitime dair erişilmesi amaçlanan sonuçlar *Bologna süreçlerindeki amaç çıktı kısımlarında açıklanmıştır.*

b) Uygun izleme ve ölçme kaynakları *sınavlar şeklinde olmaktadır. Sınavlar, mevcut sınav yönergelerine göre takip edilerek şekillenir. Sınavlar ilgili akademik personelin kontrolünde olup sınav evrak zarfı ile güvence altına alınmaktadır. Sınavlar dışında ölçme aracı olarak klinik uygulamalar belirlenen Eİ.FR.12.Klinik Uygulama Programı ve Eİ.FR.13.Klinik Uygulama Grupları formlarına göre takip edilmektedir. Değerlendirmelerde ilgili akademik personelin incelemesi ve gözlemi neticesinde yapılan sözlü sınav ile takip edilmektedir. Ayrıca; hastane kısmı için indikatörler izleme ve ölçme kaynağı olarak takip edilmekte ve üç aylık periyotta değerlendirilmektedir. Hizmet kalite göstergeleri 3 aylık kontrol edilirken, Klinik kalite göstergeleri üç aylığa ek olarak yıllık olarak değerlendirilmektedir. Yıllonda yıllık değerlendirmeleri de her iki alan için Yönetimin gözden geçirme toplantısında değerlendirilmektedir.*

c) Süreç veya çıktıların kontrolü için kriterler ile ürün ve hizmetler için kabul kriterlerinin, karşılandığının uygun aşamalarda doğrulanması için izleme ve ölçme faaliyetlerinin uygulanmakta ve kayıtlar; *sınav kayıtları resmi zarf ile fakülte öğrenci işlerine teslim edilir ve arşiv yönetmeliğine göre muhafaza edilmektedir. İndikatörler ilgili sistem ve modül üzerinden takip edilmekte ve muhafaza edilmektedir.*

d) Süreçlerin işletimi için uygun altyapı ve ortam *sağlanmaya yönelik olarak bakım planları ve*

HAZIRLAYAN(.../.../...)		KONTROL EDEN(.../.../...)	ONAYLAYAN(.../.../...)	ONAYLAYAN(.../.../...)
Birim Kalite Temsilcisi	Birim Kalite Temsilcisi	Kalite Güvence Koordinatörü	Dekan	Rektör



donanım sistemleri ile kayıtlar kontrol edilmektedir. Ayrıca; ilgili prosedürdeki yedekleme periyoduna göre kayıtlar muhafaza edilmektedir.

- e) Her türlü gerekli vasıf dâhil yetkin kişilerin görevlendirilmesi yönetim tarafından güvence altına alınmaktadır, *görev tanımlarındaki nitelikler gözetilmektedir.*
- f) Elde edilen çıktıların sonraki izleme veya ölçümle doğrulanmadığı durumda, hizmetin sunumu için süreçlerin planlanan sonuçlara erişme yeteneğinin, geçerli kılınması ve periyodik olarak geçerli kılma faaliyetinin tekrarlanması süreç gözden geçirme periyotlarına göre takip edilmekte ve YGG toplantılarında görüşülmektedir,
- g) İnsan hatalarını önlemek için faaliyetlerin gerçekleşmesine yönelik olarak *istenmeyen olay bildirimleri takip edilmekte* ve önlemler alınmaktadır.

Referans Dokümanlar:

Eğitim-Öğretim Süreci

8.5.2.Tanımlama ve izlenebilirlik

Fakültemiz, hizmetin sunumuna dair oluşturduğu süreç ile bunu tanımlamakta ve performans kriterleri ile takibini yapmaktadır. Fakültemiz sunduğu hizmete ait süreçleri izlemekte ve raporlamaktadır. Öğrencilere ait bilgiler öğrenci bilgi sistemi üzerinden takip edilmektedir. Hastalara ait işlemler ve raporlar Hastane Bilgi Yönetim Sistemi üzerinden takip edilmektedir.

8.5.3.Paydaş veya dış tedarikçiye ait mülkiyet

Fakültemiz, kendi kontrolü altında olduğu veya kendisi tarafından kullanıldığı sürece, paydaş veya dış tedarikçiye ait mülkiyete itina göstermektedir. Fakültemiz, kullanım için veya kendi ürünü ve hizmetiyle birleştirilecek paydaş veya dış tedarikçiye ait mülkiyeti korumakta ve güvenliğini sağlamaktadır. Ancak direk hizmet alıcı tarafların özel mülkiyetine giren hizmet süresi içindeki mülkiyetlerin muhafazası kişiye aittir. Bu tür bilgi ve belgeler zimmetle alınmışsa, yine zimmetle iade edilir. Bu bilgi ve belgelerin zarar görmesi, kaybolması veya uygun ortamda bulunmaması halinde olayın olduğu yerde tutanak tutularak mevzuat çerçevesinde işlem yapılır ve ilgisine yazılı olarak bilgi verilir. Öğrencilerimizin resmi evrakları öğrenci işlerinde saklanmaktadır. *Öğrenciler klinik uygulamada kullandıkları malzemeler için kendilerine ait dolaplarda muhafaza etmektedirler. Dolap güvenliği kendi sorumluluklarında olup, dolap alanları fakülte tarafından güvenlik kamerası ile izlenmektedir.*

Referans Dokümanlar:

DİŞ-PRS-01.Eğitim-Öğretim Süreci dokümanları

FRM-121.Sınav Evrakı Zarfı

HAZIRLAYAN(.../.../...)		KONTROL EDEN(.../.../...)	ONAYLAYAN(.../.../...)	ONAYLAYAN(.../.../...)
Birim Kalite Temsilcisi	Birim Kalite Temsilcisi	Kalite Güvence Koordinatörü	Dekan	Rektör



8.5.4.Muhafaza

Fakültemiz, hizmet sunumu sırasında meydana gelen tüm çıktıları muhafaza etmektedir. Fakültemiz birimlerinde süreç olarak nitelendirdiğimiz hizmetlerin başvurudan teslim aşamasına kadar geçen süre içinde işlemi devam eden evraklardan süreç sorumluları ve süreç çalışanları sorumludur. BY.PR.01. *Bilgi Güvenliği Prosedürü*, BY.PR.02. *Bilgi Güvenliği İşe Başlama ve İşten Ayrılma Süreç Prosedürü*, BY.PR.03. *Bilgi Güvenliği Risk Yönetimi Prosedürü*, BY.FR.02. *Çalışan İçin Bilgi Güvenliği Taahhütnamesi ile bilgilerin muhafazası sağlanmakta ve güvence altına alınmaktadır*. Öğrenci başvuru ile ilgili tüm evraklar arşiv deposundaki dolaplarda saklanarak muhafaza edilir. Kurum içi yapılan yazışmalar EBYS (Elektronik Belge Yönetim Sistemi) de arşivlenmektedir. Akademik Personel ile İdari Personele ait özlük dosyaları Fakülte arşivinde muhafaza edilmektedir. Hasta ile ilgili bilgiler serverda yedekleme yapılmaktadır. *Bilgi İşlem Birimi tarafından BY.PR.01. Bilgi Güvenliği Prosedüründe belirtilen sürede yapılan yedeklemeler dekanlığa iletilmektedir*. Öğrenci otomasyon sisteminin yedeklemesi Üniversite Bilgi İşlem Daire Başkanlığı tarafından yapılmaktadır. *Kişisel Sağlık Kaydı kapsamında hasta ile ilgili tüm kayıtlar TA.TL.01. Arşiv Talimatına göre takip edilmekte ve muhafaza edilmektedir*.

Referans Dokümanlar:

Eğitim-Öğretim Süreci

Devlet Arşiv Yönetmeliği

BY.PR.01. *Bilgi Güvenliği Prosedürü*

BY.PR.02.14. *Bilgi Güvenliği İşe Başlama ve İşten Ayrılma Süreç Prosedürü*

BY.PR.03. *Bilgi Güvenliği Risk Yönetimi Prosedürü*

BY.FR.02. *Çalışan İçin Bilgi Güvenliği Taahhütnamesi*

TA.TL.01. *Arşiv Talimatına*

8.5.5. Teslimat sonrası faaliyetler

Bu madde kapsamında fakültemiz tarafından; kayıtlı tüm öğrencilerin mezun olduktan sonra öğrencilikleri ile ilgili bilgiler ve belgeler muhafaza edilmektedir. Mezuniyetten sonra transkript ve mezuniyet belgesi gibi belgeleri talep etmeleri durumunda yeniden çıkartılabilmektedir. Eğitim-Öğretimi Hizmetleri sürecinde teslimat sonrası faaliyetler uygulanmamaktadır. Hasta hizmetlerinde hasta istediği durumlarda (diş filmi, hizmet dökümü, muayene çıktısı vb) otomasyon sisteminde yedeklenen bilgilerine dair dokümanlara kolaylıkla ulaşılabilmektedir.

8.5.6. Değişikliklerin Kontrolü

Fakültemizde, şartlara uygunluğu sürdürmeyi güvence altına almak amacıyla hizmet sunumu için değişiklikler gözden geçirilip kontrol edilmektedir. Gözden geçirme sonuçları ve

HAZIRLAYAN(.../.../...)		KONTROL EDEN(.../.../...)	ONAYLAYAN(.../.../...)	ONAYLAYAN(.../.../...)
Birim Kalite Temsilcisi	Birim Kalite Temsilcisi	Kalite Güvence Koordinatörü	Dekan	Rektör



değişikliğe onay veren kişi/ler (ilgili birim amirleri) ve ilgili faaliyetler dokümanite edilmektedir. Bu süreçler iş akışlarında ifade edilmiştir.

8.6.Hizmet sunumu

Fakültemiz, uygun aşamalarda ürün ve hizmetin şartları karşıladığını doğrulamak için planlı düzenlemeleri uygulamaktadır. Hizmetlerin paydaş sunumu, planlanan düzenlemeler başarılı bir şekilde tamamlanmadan, ilgili bir yetkili ve uygulanabilir olduğunda paydaş tarafından onaylanmadığı takdirde gerçekleşmemektedir. Hizmet sağlayıcılar tarafından düzenli bilgi aktarımları yapılmakta uygun ortam sağlanmaktadır. Fakültemizde, öğrencilerin ihtiyaçlarına yönelik hizmetler; tespit edilen şekillerde, kabul kriterlerine uygun şekilde sunulmaktadır. Bu kapsamda kullanılan yazılımlarda raporlar, yetkilendirmeler ve hizmet içeriklerine ait bilgiler bulunmaktadır. Bunun dışında veri tabanı yâda yazılım dışı kâğıt veya buna benzer ürünler üzerinde gerçekleştirilen işlemlerde ise arşivler yardımıyla kanıtlar toplanmakta ve yetki izlenebilirliği gerçekleştirilmektedir. Hastalarımıza da en iyi sağlık hizmeti sunulmaya çalışılmaktadır.

Fakültemiz süreçleri *kapsamında* ve amaçlanan teslimat paydaşa ulaşıncaya kadar ürünün/hizmetin korunması süreçlerde belirtilen kayıtlarla gerçekleştirmektedir. Depolama alanlarına giriş-çıkış işlemlerinin yapılması ve stok takip faaliyetleri, ilgili talimatlarda tarif edilmiştir. Fakültemiz, faaliyetlerinde yapılan tüm yazışmalar yazılı Elektronik Belge Yönetim Sistemi(EBYS) sisteminden depolanmakta ayrıca Arşiv Yönetmeliğine göre yapılmaktadır.

Referans Dokümanlar: İş Akışları

8.7.Uygun olmayan çıktının kontrolü

8.7.1.Fakültemiz, şartlara uymayan çıktının, istenmeyen kullanımının veya önlenmesi için tanımlanmasını ve kontrol altında bulundurulmasını güvence altına almaktadır. Fakültemiz uygunsuzluğun yapısı ile hizmetin uygunluğu üzerindeki etkisini esas alarak uygun faaliyetleri kontrol etmektedir. Bu aynı zamanda hizmetin sunumu veya sonrasında tespit edilen uygun olmayan ürüne de uygulanmaktadır. Sterilizasyon biriminde paketlenen ürünler için uygun olmayan çıktı alanı ayrımı yapılmış ve kayıt altına alınmaktadır.

Referans Dokümanlar : SKS FORMLAR

8.7.2.Fakültemiz, şartlara uymayan çıktının, istenmeyen kullanımının veya önlenmesi için tanımlanmasını ve kontrol altında bulundurulmasını güvence altına almakla birlikte yukarıdaki maddede belirtilen tüm dokümanları muhafaza etmektedir.

9.PERFORMANS DEĞERLENDİRME

HAZIRLAYAN(.../.../...)		KONTROL EDEN(.../.../...)	ONAYLAYAN(.../.../...)	ONAYLAYAN(.../.../...)
Birim Kalite Temsilcisi	Birim Kalite Temsilcisi	Kalite Güvence Koordinatörü	Dekan	Rektör



9.1.İzleme, ölçme, analiz ve değerlendirme

9.1.1.Genel

Fakültemiz; paydaş memnuniyetinin izlenmesi ve ölçülmesi gerektiğinin farkındalığı ile geçerli sonuçları güvence altına almak amacıyla ihtiyaç duyulan izleme, ölçme, analiz ve değerlendirme için yöntemleri, izleme ve ölçmenin ne zaman gerçekleştirilmesi gerektiğini, izleme ve ölçme sonuçlarının ne zaman analizi ve değerlendirilmesi gerektiği iş akışlarında belirlemiştir. Ayrıca tüm dokümanlar muhafaza edilmektedir. Fakültemiz birimlerinde kalite üzerinde önemli etkileri olan belli başlı işlem ve faaliyetleri izlemek, periyodik olarak ölçmek ve gözlemek amacıyla gerekli dokümanlar oluşturulmuştur. Kalite performansının izlenmesi; amaç ve hedeflerle uyum içinde bulunmasını temin etmek amacıyla veriler düzenli olarak kaydedilmektedir.

Kalite El Kitabı'nın 4. Kuruluşun Bağlamı maddesinde belirtilen süreçler için yetki ve sorumlulukları belirlenen personel tarafından süreçlerle ilgili ölçme ve değerlendirmeler gerçekleştirilmektedir. Fakültemiz birimlerinde uygulanan süreçlerin ölçümleri yapılmakta ve gerektiğinde düzeltici ve önleyici faaliyetlerle sürekli iyileştirmeye gidilmektedir. Sürekli iyileştirme ve kalite sisteminin uygulanabilirliğini kontrol için yılda en az iki kez iç tetkik planlanmaktadır.

Referans Dokümanlar:

GAÜN -PRD-05- Sürekli İyileştirme Prosedürü

GAÜN -PRD-02-İc Tetkik Prosedürü

9.1.2.Paydaş Memnuniyeti

Fakültemiz; hizmet verdiği paydaşlarının verilen hizmete dair algılamaları, düşünceleri ve davranışlarına ilişkin olarak paydaş memnuniyet ölçümleri ve hizmet veren iç paydaşlarının hizmet sunarken karşılaştıkları davranış, hizmet sunulan ortama ilişkin algılamaları düşüncelerine dair personel memnuniyet ölçümleri yapmaktadır. Bu kapsamda; iç ve dış paydaşlarına ilişkin ihtiyaç ve beklentilerini belirlemek için yılda 4 kez dönemlik periyotlarla memnuniyet ölçümleri paydaş memnuniyet anketleri, öğrenci memnuniyet anketleri; personel memnuniyet ölçümleri matbu olarak yapılmaktadır.

Referans Dokümanlar:

GAÜN-PRD-05- Sürekli İyileştirme Prosedürü

SÇ.FR.02.Öneri Şikayet Formu

9.1.3.Analiz ve değerlendirme

Fakültemiz, izleme ve ölçümde;

- a) Paydaş(öğrenci/hasta) memnuniyet verileri,

HAZIRLAYAN(.../.../...)		KONTROL EDEN(.../.../...)	ONAYLAYAN(.../.../...)	ONAYLAYAN(.../.../...)
Birim Kalite Temsilcisi	Birim Kalite Temsilcisi	Kalite Güvence Koordinatörü	Dekan	Rektör



- b) Personel Memnuniyet verileri,
- c) Kalite yönetim sisteminin performans verileri,
- d) *Performans Değerlendirme Kriterleri*,
- e) İç Tetkik sonuçları,
- f) Risk ve fırsatlara dair veriler,
- g) Kalite yönetim sisteminin iyileştirme verileri kullanılmakta birlikte 5'li likert derecelendirmesi ile yapılan analiz değerlendirmeleri kullanılmaktadır. Ayrıca analiz sonuçları SWOT ve PEST analizlerine göre değerlendirilmesi yapılarak YGG toplantısına sunulmaktadır.

Referans Dokümanlar:

Sürekli İyileştirme Prosedürü

İç Tetkik Prosedürü

9.2.İç tetkik

9.2.1.Fakültemiz, kalite yönetim sisteminin aşağıdakilerle ilgili durumunu belirlemek için *Kalite Güvence Birimi tarafından hazırlanan İç Tetkik Prosedürünü kullanmakta* ve bu çerçevede iç tetkikler yapmaktadır.

Referans Dokümanlar:

İç Tetkik Prosedürü

9.2.2.Tetkikler faaliyetlerin durumu ve önceki tetkik sonuçları dikkate alınarak en az yılda iki defa şeklinde planlanmaktadır. İç kalite tetkikleri, tetkik edilen faaliyetten doğrudan sorumluluğu olmayan tarafsız ve eğitim almış tetkikçiler tarafından yapılmaktadır. *Tüm planlamalar ve yazışmalar Kalite Güvence Birimi tarafından yapılmaktadır.*

Denetimlerin planlanması ve uygulanması, sonuçların raporlanması ve kayıtların saklanması ile ilgili kurallar dokümante edilmiş İç Tetkik Prosedüründe tanımlanmıştır. Denetlenen alanın faaliyetlerinden sorumlu yönetim, tespit edilen uygunsuzluğu ve sebebini bir gecikme olmadan ortadan kaldırılacak şekilde faaliyetleri başlatmaktadır. Takip faaliyetleri uygulanan faaliyetlerin doğrulanmasını ve doğrulama sonuçlarının raporlanmasını içermektedir. Tetkik programının uygulandığının ve tetkik sonuçlarının kanıtı olan raporlar, iç tetkik soru listeleri ve tetkik sırasında açılması önerilen Düzeltici/Önleyici Formlar muhafaza edilmektedir.

9.3.Yönetimin gözden geçirmesi

9.3.1.Genel

Üst yönetim, Fakültemizin kalite yönetim sisteminin amacına uygunluğunu, yeterliliğini ve etkinliğini sürdürmesini ve Fakültemizin stratejik yönü ile uyumluluğunu güvence altına almak

HAZIRLAYAN(.../.../...)		KONTROL EDEN(.../.../...)	ONAYLAYAN(.../.../...)	ONAYLAYAN(.../.../...)
Birim Kalite Temsilcisi	Birim Kalite Temsilcisi	Kalite Güvence Koordinatörü	Dekan	Rektör



için planlı aralıklarla kalite yönetim sistemini gözden geçirmektedir.

Referans Dokümanlar :

Yönetimin Sorumluluğu Prosedürü

Eİ.FR.10.Akademik Kurul Toplantı Tutanağı

9.3.2.Yönetimin gözden geçirme girdileri

Yönetimin gözden geçirmesi toplantısı gündemine; önceki yönetimin gözden geçirme toplantılarında karar alınan faaliyetlerinin durumu, kalite yönetim sistemi ile ilgili iç ve dış hususlardaki değişiklikler, paydaş memnuniyeti ve ilgili taraflardan gelen geri bildirimler, kalite amaçlarına erişme derecesi, süreç performansı ile hizmetlerin uygunluğu, uygunsuzluklar ve düzeltici faaliyetler, izleme ve ölçme sonuçları, tetkik sonuçları, dış tedarikçilerin performansı, kaynakların varlığı, risk ve fırsatları belirleme faaliyetleri için gerçekleştirilen faaliyetlerin etkinliği, iyileştirme için fırsatlar dikkate alınarak planlanmakta ve gerçekleştirilmektedir.

9.3.3.Yönetimin gözden geçirme çıktıları

Toplantı sonunda iyileştirme için fırsatlar belirlenmekte, değişiklikler ve kaynak ihtiyaçları belirlenerek geleceğe yönelik stratejiler güncellenmektedir. Yönetimin Gözden Geçirmesi toplantılarında alınan kararların uygulanmasından Birim Yöneticileri, izlenmesinden ise Birim Kalite Temsilcisi sorumludur.

Toplantıda Kalite Yönetim Sisteminin ve bu sisteme ait;

- Süreçlerin etkinliğinin iyileştirilmesine,
- Verilen hizmetlerin kalitesinin artırılmasına ilişkin kararlar alınır.
- Kaynak ihtiyaçları belirlenir.
- KYS ile ilgili varsa değişiklik ihtiyaçları değerlendirilir.

Yönetimin Gözden Geçirmesi toplantılarında alınan kararların uygulanmasından Birim Amirleri, izlenmesinden ise Birim Kalite Temsilcisi sorumludur. Toplantıda karar verilen hususların öngörülen tarihte tamamlanıp tamamlanmadığı KYT tarafından kontrol edilerek, KYK' na bilgi verilir. Yönetimin Gözden Geçirmesi toplantı kayıtları Kalite Yönetim Ekibi tarafından muhafaza edilir. Alınan kararlar düzeltici önleyici faaliyetlere de veri teşkil eder. Bu kayıtlar; Kayıtların Kontrolü Prosedürü süresince muhafaza edilmektedir.

10 İYİLEŞTİRME

10.1.Genel

Fakültemiz iyileştirme için fırsatları tayin etmeli ve seçmeli, paydaş şartlarını karşılamak ve paydaş memnuniyetini arttırmak için gerekli faaliyetleri uygulamaktadır. Bunlar; şartları

HAZIRLAYAN(.../.../...)		KONTROL EDEN(.../.../...)	ONAYLAYAN(.../.../...)	ONAYLAYAN(.../.../...)
Birim Kalite Temsilcisi	Birim Kalite Temsilcisi	Kalite Güvence Koordinatörü	Dekan	Rektör



karşılmak ve bununla birlikte gelecekteki ihtiyaç ve beklentileri de belirleyerek hizmetleri iyileştirmek, istenmeyen etkileri düzeltmek, önlemek veya azaltmak, kalite yönetim sisteminin performans ve etkinliğini arttırmak şeklinde planlanmaktadır.

Fakültemiz faaliyetlerinin sürekli iyileştirilmesi için yöntemler belirlemiştir. Oluşturulan öneri sistemi ve toplanan veriler yardımı ile istatistiksel teknikler kullanılarak sürekli gelişmeye ve iyileştirmeye yönelik çalışmalar yapılmaktadır. Fakültemiz; iletişim, yönetim gözden geçirmesi, iç tetkik, doğrulama sonuçlarının analizi, kontrol önlemi kombinasyonlarının geçerli kılınması düzeltici faaliyetler ve kalite yönetim sisteminin güncellenmesi, süreçleri ile kalite yönetim sisteminin etkinliğini sürekli olarak iyileştirmesini sağlamaktadır.

10.2.Uygunsuzluk ve düzeltici faaliyet

10.2.1.Fakültemiz hizmet sunumu sırasında her türlü şekilde ortaya çıkabilecek uygunsuzluk oluştuğunda; uygunsuzluklara dair uygunsuzluğu tespit etmek ve izlemek için GAÜN- PRD-05.Sürekli İyileştirme Prosedüründe belirlenen yöntemlere göre tespitini yapar ve önlem alır. Ayrıca; bu durumların tekrar oluşmamasına meal vermemek için sebepleri kök sebep analizleri ile araştırılır ve potansiyel nedenler ortadan kaldırılmasına dair düzeltici faaliyet işlemleri takip edilir.

Referans Dokümanlar:

Sürekli İyileştirme Prosedürü

10.2.2.Fakültemiz bu kayıtlara ilişkin olarak form ve ihtiyaç durumunda tutulan matbu tutanakları muhafaza etmektedir. Yapılan izlemler izleme listesi ile takip edilmekte ve düzeltici faaliyetlerin sonuçları YGG toplantısı gündemine sunulmaktadır.

10.3.Sürekli iyileştirme

Fakültemiz kalite yönetim sisteminin uygunluğunu, yeterliliğini ve etkinliğini sürekli iyileştirmeyi taahhüt etmektedir. Bu kapsamda; süreçlerin performans kriterleri, bağlama ilişkin iç ve dış hususların risk analizleri, dört aylık periyotlarla yapılan Bina Turu listeleri ile analiz edilmekte ve değerlendirme sonuçları YGG toplantılarında görüşülerek çıktılarını takip edilmektedir. Süreçlerde performans göstergesi, Süreç Performans İzleme Formu üzerinden takip edilmektedir. Sürekli iyileştirmelerde bu göstergeler önceliklidir.

Referans Dokümanlar:

Sürekli İyileştirme Prosedürü

İç Tetkik Prosedürü

Yönetimin Sorumluluğu Prosedürü

Eİ.FR.10.Akademik Kurul Toplantı Tutanağı

HAZIRLAYAN(.../.../...)		KONTROL EDEN(.../.../...)	ONAYLAYAN(.../.../...)	ONAYLAYAN(.../.../...)
Birim Kalite Temsilcisi	Birim Kalite Temsilcisi	Kalite Güvence Koordinatörü	Dekan	Rektör



GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
KALİTE EL KİTABI

Döküman Kodu:	DİŞ-KEK-01
Yürürlük Tarihi:	01.12.2018
Revizyon Tarihi/No	04.01.2022/02
Sayfa No	39 / 39

HAZIRLAYAN(.../.../..)		KONTROL EDEN(.../.../....)	ONAYLAYAN(.../.../....)	ONAYLAYAN(.../.../....)
Birim Kalite Temsilcisi	Birim Kalite Temsilcisi	Kalite Güvence Koordinatörü	Dekan	Rektör