

 KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ Farabi Hastanesi	KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi (Farabi Hastanesi) Başhekimliği			
	KOMİTE/EKİPLERİN İŞLEYİŞ VE TOPLANTI PROSEDÜRÜ			
Dok. Kod.: KU.PR.05	Yayın Tarihi:05.11.2015	Revizyon Numarası:04	Revizyon Tarihi:03.06.2022	Sayfa Sayı:07

1.0 AMAÇ

KTÜ Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Farabi Hastanesi olarak Sağlıkta Kalite Standartları Hastane çerçevesinde kurulması gereken komite ve ekiplerin standartlara uygun kurulması, sürekliliği, yeterliliği, etkinliğini sağlamak ve çalışması ile ilgili faaliyetleri düzenlemek amacı ile hazırlanmıştır.

2.0 KAPSAM

KTÜ Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Farabi Hastanesi bünyesinde Sağlık Hizmet Kalite Standartları çerçevesinde kurulan komite ve ekiplerin tamamını kapsamaktadır.

3.0 KISALTMALAR

SKS: Sağlık Hizmet Kalite Standartları

EBYS; Elektronik Bilgi Sistemi

DÖF: Düzeltici Önleyici Faaliyet

4.0 TANIMLAR

Sağlıkta Kalite Standartları: 27/06/2015 tarihli ve 29399 sayılı Resmî Gazetede yayımlanarak yürürlüğe girmiş bulunmaktadır. Sağlık Hizmeti Kalitesinin Geliştirilmesi ve Değerlendirilmesine Dair Yönetmelik” gereği karşılanması zorunlu olan Sağlık Hizmet Kalite Standartlarıdır.

5.0 SORUMLULAR

• Başhekimlik
• Hastane Başmüdür V.
• Anabilim/Bilim Dalı/Bölüm Başkanları
• Kalite Koordinatörlüğü
• Başhemşirelik
• Birim Kalite Temsilcileri
• Bölüm Sorumluları
• Tüm Çalışanlar

6.0 FAALİYET AKIŞI

6.1 KOMİTELERİN VE EKİPLERİN OLUŞTURULMASI

6.2 SKS KAPSAMINDA KURULAN KOMİTE VE EKİPLER

6.3 KOMİTE VE EKİPLERİN TOPLANTILARININ YAPILMASI

6.4 KOMİTE VE EKİPLERİN TOPLANTI FORMATI

6.1 KOMİTELERİN VE EKİPLERİN OLUŞTURULMASI

Kalite koordinatörlüğü ve hastane yönetimince oluşturulan komite ve ekipler, hastanenin büyüklüğü ve hizmetlerin çeşitliliği dikkate alınarak hastanede yürütülen çalışmaların etkililiğini, sürekliliğini ve sistematikliğini sağlayacak şekilde tanımlanmıştır.

Komiteler oluşturulurken: *“Sağlık Hizmeti Kalitesinin Geliştirilmesi ve Değerlendirilmesine Dair Yönetmelik”* te belirlenen standartlar göz önüne alınmıştır.

Kalite koordinatörlüğü ve hastane yönetimince oluşturulan komite ve ekiplerin listesi *“Hastane Yürütme Kurulu”*nun onayına sunulurken kurum içerisinde resmiyet kazanır. Hastane Yürütme Kurulu tarafından onaylanan komite ve ekiplerin *görevlendirme yazıları* ilgili kişilere *görev tanımları* ile birlikte yazılı olarak tebliğ edilir.

6.2 SKS KAPSAMINDA KURULAN KOMİTE VE EKİPLER

Kalite koordinatörlüğü ve hastane yönetimince oluşturulan komite ve ekipler, hastanenin büyüklüğü ve hizmetlerin çeşitliliği dikkate alınarak yapılandırılmıştır.

SKS kapsamında oluşturulan komite ve ekipler,

- Hasta Güvenliği Komitesi

- Çalışan Güvenliği Komitesi
- Eğitim Komitesi
- Tesis Güvenliği Komitesi
- Radyasyon Güvenliği Komitesi
- İlaç Yönetimi Ekibi
- Nutrisyon Destek Ekibi
- Bina Turu Ekibi
- Mavi Kod Ekibi
- Beyaz Kod Edibi
- Pembe Kod Ekibi
- Klinik Kalite İyileştirme Ekibi
- Çalışan Görüş ve Önerilerini Değerlendirme Ekibi olarak belirlenmiştir

Hastanemizde oluşturulan diğer komite ve ekipler;

- Transfüzyon Komitesi
- Enfeksiyon Kontrol Komitesi
- Hasta Görüş ve Öneri Değerlendirme Ekibi
- Kırmızı Kod Ekibi
- İş Sağlığı ve Güvenliği Risk Değerlendirme Ekibi

6.2.1 Hasta Güvenliği Komitesi

Kalite Koordinatörlüğü ve Hastane Yönetimince oluşturulan komite: hastanenin büyüklüğü ve hizmetlerin çeşitliliği dikkate alınarak hastanede yürütülen çalışmaların etkililiğini, sürekliliğini ve sistematikliğini sağlayacak şekilde oluşturulmuştur.

Tıbbi idari ve Hemşirelik Hizmetleri yöneticilerinden birer temsilci, Kalite Koordinatörü, Cerrahi, Dahili, Pediatri, Ameliyathane, Laboratuvar, Eczane, Kan Bankası, Radyoloji, Enfeksiyon, Bilgi İşlem gibi birimleri temsilen en az 1(bir) kişi ve bölüm/birim kalite temsilcilerinden en az 1(bir) temsilci yer alır.

Sağlıkta kalite standartları çerçevesinde **Hasta Güvenliği Komitesi** yılda en az 4 (dört) kez ve gerektiğinde toplanır. Hasta güvenliğini sağlayacak düzenlemeleri kontrol eder, istenmeyen olay bildirim sisteminden gelen bildirimlerin analizini yapar ve gerekli düzeltici önleyici faaliyetleri başlatır ve sonucunu takip eder. Komite, görev alanı ile ilgili gerekli eğitim faaliyetlerini belirler. Eğitim Komitesi ile iş birliği yaparak eğitim verilmesi sağlar.

Komitenin Görev Alanı:

- Hastaların doğru kimliklendirilmesi
- Çalışanlar arasında etkili iletişim ortamının sağlanması
- İlaç güvenliğinin sağlanması
- Radyasyon güvenliğinin sağlanması
- Düşmelerden kaynaklanan risklerin azaltılması
- Güvenli cerrahi uygulamalarının sağlanması
- Tıbbi cihaz güvenliğinin sağlanması
- Hasta mahremiyetinin sağlanması
- Hastaların güvenli transferi
- Hasta bilgileri ve kayıtlarının sağlık çalışanları arasında güvenli bir şekilde devredilmesi
- Bilgi güvenliğinin sağlanması
- Enfeksiyonların önlenmesi
- Laboratuvarda hasta güvenliğini sağlamak.

6.2.2 Çalışan Güvenliği Komitesi

Kalite Koordinatörlüğü ve Hastane Yönetimince oluşturulan komite: hastanenin büyüklüğü ve hizmetlerin çeşitliliği dikkate alınarak hastanede yürütülen çalışmaların etkililiğini, sürekliliğini ve sistematikliğini sağlayacak şekilde oluşturulmuştur.

İş sağlığı ve Güvenliği Birimi temsilcileri, Tıbbi İdari ve Hemşirelik Hizmetleri yöneticilerinden birer temsilci, Kalite Koordinatörü, Anabilim Dallarından Temsilciler, Enfeksiyon Komitesi, Radyasyonlu Alan Temsilcisi, Personel İşleri, Tesis Güvenliği Sorumlusu, Gıda Mühendisi gibi birimleri temsilen en az 1(bir) kişi ve bölüm/birim kalite sorumlularından en az 1(bir) temsilci yer alır.

Sağlıkta kalite standartları çerçevesinde **Çalışan Güvenliği Komitesi** yılda en az 4 (dört) kez ve gerektiğinde toplanır. Çalışan güvenliğini sağlayacak düzenlemeleri kontrol eder, **İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi** üzerinden gelen bildirimlerin analiz yapılır ve gerekli düzeltici önleyici faaliyetleri başlatır ve sonucunu takip eder.

Komitenin Görev Alanı:

- Çalışanların zarar görme risklerinin azaltılması
- Riskli alanlarda çalışanlara yönelik gerekli önlemlerin alınması
- Fiziksel şiddete maruz kalınma risklerinin azaltılması
- Kesici delici alet yaralanmasına yönelik risklerin azaltılması
- Kan ve vücut sıvılarıyla bulaşma risklerinin azaltılması
- Sağlık tarama programının hazırlanması, takibini yapmak.

6.2.3 Tesis Güvenliği Komitesi

Kalite Koordinatörlüğü ve Hastane Yönetimince oluşturulan komite: hastanenin büyüklüğü ve hizmetlerin çeşitliliği dikkate alınarak hastanede yürütülen çalışmaların etkililiğini, sürekliliğini ve sistematikliğini sağlayacak şekilde oluşturulmuştur.

Tıbbi İdari ve Hemşirelik Hizmetleri yöneticilerinden birer temsilci, Kalite Koordinatörü, Eczane, Sivil Savunla, Tesis Güvenliği Sorumlusu, Depo, Bilgi İşlem, Enfeksiyon Komitesi, Laboratuvar, Biyomedikal gibi birimleri temsilen en az 1(bir) kişi ve bölüm/birim kalite sorumlularından en az 1(bir) temsilci yer alır.

Sağlıkta kalite standartları çerçevesinde **Tesis Güvenliği Komitesi** yılda en az 4 (dört) kez ve gerektiğinde toplanır. Tesis güvenliğini sağlayacak düzenlemeleri kontrol eder, kurumda can ve mal güvenliğinin sağlanması çalışmalarında bulunur, bina turu çerçevesinde rapor edilen sorunların kök neden analizi yapar ve gerekli düzeltici önleyici faaliyetleri başlatır, sonucu takip eder.

Komitenin Görev Alanı:

- Bina turlarından elde edilen verilerin değerlendirilmesi
- Hastane alt yapı güvenliğinin sağlanması
- Kurumda can ve mal güvenliğinin sağlanması
- Afet ve acil durum yönetimi çalışmaları
- Atık yönetimi çalışmaları
- Tıbbi cihazların bakım, ayar ve kalibrasyon planları ve kalibrasyonlarının yapılması
- Tehlikeli maddelerin yönetimini sağlamak.

6.2.4 Eğitim Komitesi

Kalite Koordinatörlüğü ve Hastane Yönetimince oluşturulan komite: hastanenin büyüklüğü ve hizmetlerin çeşitliliği dikkate alınarak hastanede yürütülen çalışmaların etkililiğini, sürekliliğini ve sistematikliğini sağlayacak şekilde oluşturulmuştur.

Tıbbi İdari ve Hemşirelik Hizmetleri yöneticilerinden birer temsilci, Kalite Koordinatörü, Öğretim Üyeleri, Psikolog gibi birimleri temsilen en az 1(Bir) kişi ve Bölüm/Birim Kalite sorumlularından en az 1(bir) temsilci yer alır.

Sağlıkta Kalite Standartları çerçevesinde **Eğitim Güvenliği Komitesi** yılda en az 4 (dört) kez ve gerektiğinde toplanır. Eğitim komitesi çalışmaları kapsamında: tüm eğitimlerin verilmesi sağlayacak planlamaları yapar, sorumlularını belirler, raporlarını tutulmasını kontrol eder, eğitim konusundaki başarısız ve yetersiz kalınan durumlarda kök neden analiz yapar ve gerekli düzeltici önleyici faaliyetleri başlatır ve sonucunu takip eder

Komitenin Görev Alanı:

- Sağlıkta kalite standartları eğitimleri
- Hizmet içi eğitimler
- Uyum eğitimleri
- Hastalara yönelik eğitimleri yapmak.

6.2.5 Radyasyon Güvenliği Komitesi

Kalite Koordinatörlüğü ve Hastane Yönetimince oluşturulan komite: hastanenin büyüklüğü ve hizmetlerin çeşitliliği dikkate alınarak hastanede yürütülen çalışmaların etkililiğini, sürekliliğini ve sistematikliğini sağlayacak şekilde oluşturulmuştur.

Sağlıkta Kalite Standartları çerçevesinde **Radyasyon Güvenliği Komitesi** yılda en az 2 (iki) kez ve gerektiğinde toplanır.

Komitenin Görev Alanı:

- Denetimli ve gözetimli alanların belirlenmesi
- Hasta, hasta yakını, çalışanlar ve toplumun radyasyonun zararlı etkilerinden korunmasına yönelik gerekli tedbirlerin alınması
- Çevresel radyasyon ölçümleri
- Radyasyon cihazları ya da kaynaklarının bakım ve kalibrasyonu
- Radyasyon kaynakları ile ilgili kazalar ve acil durumlar
- Tespit edilen uygunsuzluklar ile gerekli iyileştirme faaliyetlerinin üst yönetime raporlanması ve izlenmesini sağlamak.

6.2.6 Transfüzyon Komitesi

Transfüzyon Komitesi "**Kan ve Kan Ürünleri Yönetmeliği**" ve "**Transfüzyon Komitesi Çalışma Esasları ve Görevleri Hakkında Genelge**" gereği hizmet vermektedir.

6.2.7 Enfeksiyon Kontrol Komitesi

Enfeksiyon Kontrol Komitesi "**Yataklı Tedavi Kurumları Enfeksiyon Kontrol Yönetmeliği**" gereği hizmet vermektedir.

6.2.8 İlaç Yönetimi Ekibi

Kalite Koordinatörlüğü ve Hastane Yönetimince oluşturulan ekip; hastanenin büyüklüğü ve hizmetlerin çeşitliliği dikkate alınarak ilaç yönetim süreçlerinde görev alan çalışanlar arasından oluşturulmuştur

Sağlıkta Kalite Standartları çerçevesinde **İlaç Yönetimi Ekibi** yılda en az 2 (iki) kez ve gerektiğinde toplanır.

Ekibin Görev Alanı:

- İlacın dahil olduğu tüm süreçlerin düzenlenmesi ve denetimi
- Hastane formülerinin hazırlanması ve formüler ile ilgili gerekli güncellemelerin yapılması
- Akılcı ilaç kullanımı ile ilgili ilkelerin belirlenmesi ve uygulanması
- "Antibiyotik Kullanım Kontrolü ve Antibiyotik Profilaksi Rehberi" hazırlanması sağlamak.

6.2.9 Nutrisyon Destek Ekibi

Nutrisyon destek ekibi "**Nutrisyonel Destek Prosedürü**" kapsamında hizmet vermektedir.

6.2.10 Bina Turu Ekibi

Kalite Koordinatörlüğü ve Hastane Yönetimince oluşturulan ekip; hastanenin büyüklüğü ve hizmetlerin çeşitliliği dikkate alınarak Tıbbi, İdari ve Hemşirelik Hizmetleri yöneticilerinden birer temsilci, Kalite Koordinatörü, Teknik Hizmetler, Otelcilik Hizmetleri yöneticisinden oluşur.

Sağlıkta Kalite Standartları çerçevesinde **Bina Turu** en az üç ayda bir ve gerektiğinde yapılmaktadır.

Ekibin Görev Alanı;

- Bina turlarında hastanedeki fiziksel durum ve işleyişle ilgili aksaklıkların tespiti,
- Hastane alt yapı güvenliğinin sağlanması,
- Kurumda mal ve can güvenliğinin sağlanması,
- Destek hizmetlerin (hastane genel temizliği, güvenlik, çevre, tesis kaynaklı düşmeler, elektrik, su Deposu, medikal gaz, asansörler, jeneratör, havalandırma, atık, atık su vb.) işleyişinin kontrol edilmesi.
- Acil durum ve afet yönetimi çalışmaları,
- Atık yönetimi çalışmaları,
- Tehlikeli maddelerin yönetimi,
- Bina turu sonucundaki tespit edilen aksaklık ve eksikliklerin raporlanması, gerekli düzeltici önleyici faaliyetlerin başlatılmasını ve sonuçlarının takibini yapmak

6.2.11 Mavi Kod Ekibi

KTÜ Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Farabi Hastanesi Başhekimlik tarafından hastanenin büyüklüğü ve hizmet alanı göz önünde bulundurularak mavi kod müdahale ekibi planlanmış ve ekibin görev

alanı sınırları belirlenmiştir. Mavi kod ekibinin olay yerine ulaşma süresi sağlık bakanlığı tarafından **3 dk.** olarak belirlenmiştir.

Mavi kod ekibi, acil tıbbi müdahaleye ihtiyaç duyan hastalar, hasta yakınları ve tüm hastane personeline en kısa sürede müdahale edilmesini sağlayan acil durum uyarı kodunun kurulması ve kontrolünden sorumludur.

MAVİ KOD MÜDAHALE EKİBİ	
<ul style="list-style-type: none">• Doktor• Sağlık Personeli (Paramedik, Teknisyen, Hemşire, vb.)• Güvenlik Görevlisi• Yardımcı personel	SORUMLU OLDUĞU ALANLAR <ul style="list-style-type: none">• Poliklinikler• Ayaktan tedavi üniteleri• Hekim olmayan servisler• Hastane dışı yakın çevre

Mesai saatleri içerisinde (08-16) belirtilen alanlara **Mavi Kod Ekibi**, mesai saatleri dışında (16-08) ve resmî tatillerde olay yerine **Acil Servis Yeşil/Sarı Alanda** bulunan **Hekim ve Sağlık Personeli** gider.

Ekibin Görev Alanı:

- Mavi kod ile ilgili tatbikat yapmak, başarılı bir tatbikat gerçekleştirilene kadar tekrar etmek.
- Gerektiğinde düzeltici önleyici faaliyetlerin başlatılmasını sağlamak.
- Çalışanlara mavi kod ile ilgili eğitimlerin verilmesini sağlamak,
- Uygulamalarda kullanılan acil müdahale setinin miat ve kritik stok seviyelerinin takibini kontrol eder.

6.2.12 Beyaz Kod Ekibi

Beyaz kod ekibi, hastanenin büyüklüğü ve hizmetlerin çeşitliliği dikkate alınarak, beyaz kod uygulamalarının etkililiğini, sürekliliğini ve sistematikliğini sağlayacak şekilde tanımlanmış ve sağlık çalışanlarına yönelik şiddet olaylarının yönetiminde olaya en kısa sürede müdahalenin yapılması amacıyla oluşturulan acil uyarı kodunun kurulması ve kontrolünden sorumludur.

BEYAZ KOD MÜDAHALE EKİBİ	
Mesai Saatleri İçerisinde (08-16)	<ul style="list-style-type: none">• Başhekim Yardımcısı• Hastane Müdürü• Başhemşire• Güvenlik Amiri
Mesai Saatleri Haricinde (16-08) Resmî Tatillerde	<ul style="list-style-type: none">• Nöbetçi Müdür• Süpervizör• Nöbetçi Güvenlik Görevlileri

Ekibin Görev Alanı:

- Beyaz kod ile ilgili tatbikat yapmak, başarılı bir tatbikat gerçekleştirilene kadar tekrar etmek.
- Gerektiğinde düzeltici önleyici faaliyetlerin başlatılmasını sağlamak.
- Çalışanlara beyaz kod ile ilgili eğitimlerin verilmesini sağlamak,
- Olaya maruz kalan personele gerekli sağlık, psikolojik ve hukuksal desteğin sağlanması faaliyetlerini başlatır.

6.2.13 Pembe Kod Ekibi

Pembe kod ekibi hastanenin büyüklüğü ve hizmetlerin çeşitliliği dikkate alınarak, pembe kod uygulamalarının etkililiğini, sürekliliğini ve sistematikliğini sağlayacak şekilde tanımlanmış ve hastanede bebek ya da çocuk kaçırma riski ve/veya eyleminin söz konusu olduğu durumlarda zamanında müdahale edilmesi amacıyla oluşturulan acil uyarı kodunun kurulması ve işleyişinden sorumludur.

PEMBE KOD MÜDAHALE EKİBİ	
Mesai Saatleri İçerisinde (08-16)	<ul style="list-style-type: none">• Başhekim Yardımcısı• Hastane Müdürü• Başhemşire• Servis sorumlu hemşiresi• Güvenlik Amiri• Teknik servis sorumlusu
Mesai Saatleri Haricinde (16-08) Resmî Tatillerde	<ul style="list-style-type: none">• Nöbetçi Müdür• Süpervizör• Nöbetçi Servis sorumlu hemşiresi• Nöbetçi Güvenlik Görevlileri• Nöbetçi Teknik servis sorumlusu

Ekibin Görev Alanı:

- Pembe kod ile ilgili tatbikat yapmak, başarılı bir tatbikat gerçekleştirilene kadar tekrar etmek.
- Gerekliğinde düzeltici önleyici faaliyetlerin başlatılmasını sağlamak.
- Çalışanlara pembe kod ile ilgili eğitimlerin verilmesini sağlamak,
- Olaya maruz kalanlara gerekli sağlık ve psikolojik desteğin sağlanması faaliyetlerini başlatır.
- Varsa olayla ilgili görüntü kayıtlarını toplarlar ve emniyet güçlerine ve adli birimlere teslim eder.

6.2.14 Kırmızı Kod Ekibi

Kırmızı kod ekibi "*Hastane İçi Yangın Standart Operasyon Prosedürü (Kırmızı Kod Prosedürü)*" kapsamında hizmet vermektedir

6.2.15 Klinik Kalite İyileştirme Ekibi

Klinik Kalite İyileştirme Ekibi, hastanenin büyüklüğü ve hizmetlerin çeşitliliği dikkate alınarak Bakanlıkça yayımlanan "*Klinik Kalite Ölçme ve Değerlendirme Rehberleri*" doğrultusunda çalışmalarını gerçekleştirilmesini sağlamaktadır.

Ekibin Görev Alanı:

- Sağlık olgusu bazında izlenen tüm klinik kalite göstergeleri ile ilgili veri kalitesini değerlendirmek, veri kalitesi ile ilgili gerekli düzeltici önleyici faaliyetleri belirlemek ve bu faaliyetlerin gerçekleştirilmesini sağlamak,
- Klinik kalite göstergeleri ile ilgili Bakanlık tarafından gönderilen geri bildirim raporlarını (Karar Destek Sistemi-KDS) ve HBYS den elde edilen sonuçları karşılaştırarak gösterge bazında analizler yapmak.
- Gösterge bazında hedeflere ulaşma düzeyini değerlendirmek, hedefe ulaşmak için gerekli faaliyetleri planlamak.
- Gösterge bazında belirlenen iyileştirme faaliyetlerinin gerçekleştirilmesini sağlamak. Kuruluşta izlenen her sağlık olgusu ile ilgili sonuçlar, yapılan çalışmalar ve gerçekleştirilmesi gereken iyileştirme faaliyetleri hakkında rapor oluşturmak.
- Bakanlık tarafından belirlenen hesaplama yöntemleri ve kodları aynen kullanmak. Düzenli olarak KDS geri bildirim raporlarını ve kuruluş BYS sonuçlarını karşılaştırmak ve değerlendirmek.
- Klinik kalite uygulamalarında sürekli olarak, verinin elde edilmesi ile ilgili adımları gözden geçirmek ve veri kalitesine yönelik doğrulama yapmak

6.2.16 Hasta Görüş ve Önerileri Değerlendirme Ekibi

Hasta Görüş ve Önerilerini Değerlendirme Ekibi çalışmalarını "*Hasta Hakları Birimi İşleyiş Prosedürü*" kapsamında yürütmektedir.

6.12.17 Çalışan Görüş ve Önerileri Değerlendirme Ekibi

Çalışan Görüş ve Önerileri Değerlendirme ekibi hastanenin büyüklüğü ve hizmetlerin çeşitliliği dikkate alınarak tanımlanmış olup çalışan personelin görüş, öneri ve şikayetlerinin alınması ve değerlendirilmesinden sorumludur. Ekip 6 ayda bir ve gerektiğinde toplanır.

Ekibin Görev Alanı:

- Çalışanlardan gelen görüş, öneri ve şikayetler değerlendirilir.
- Gerekliğinde görüş bildiren çalışanlara çalışan görüş ve önerileri değerlendirme ekibi tarafından geri bildirimde bulunur.
- Gerekli iyileştirme çalışmalarının başlatılması sağlanır.

6.3 KOMİTE VE EKİPLERİN TOPLANTILARININ YAPILMASI

- Komite/Ekiplerin toplantı periyoduna göre Kalite Koordinatörlüğü ve Hastane Yönetimi ile birlikte toplantı gündemi, tarihi, saati ve yeri belirlenir.
- Toplantıların gündem maddelerini, yeri, zamanı ve süresi Kalite Koordinatörlüğü tarafından komite üyelerine iletilmek üzere Kaliteden Sorumlu Başhekim Yardımcısı imza onayına sunulur.
- İmzadan çıkan toplantı yazısı komite üyelerine en az 1(bir) hafta öncesinden EBYS üzerinden yazılı, sözlü veya e-mail olarak Kalite Koordinatörlüğü tarafından bildirilir.
- Toplantı akışı, konuşulanlar ve alınan kararlar "*Toplantı Tutanağı Formu*" na Kalite Koordinatörlüğü sekreteri tarafından kayıt edilir.

- Toplantı tutanağı **Kalite Koordinatörlüğünden Sorumlu Başhekim Yardımcısı** imzası ile başhekimliğe gönderilir. Başhekimlik tarafından değerlendirilerek gerekli görülen çalışmalar başlatılır.
- Toplantıda alınan kararlar gereği yapılması gereken görevlendirmeler;
 - Komite üyelerine, komite başkanının imzası ile tebliğ edilebilir
 - Komite üyesi olmayan akademisyenlere, başhekimliğin teklifi ile dekanlığın onayı sonrası, dekanlık tarafından tebliğ edilir.
 - Komite üyesi olmayan idari personellere, Hastane Müdürü tarafından tebliğ edilir.
- Toplantılarda bir önceki toplantıda alınan kararların takibi toplantının ilk gündem maddesi olarak değerlendirilir, sonuçlanmamışsa yeniden gündeme getirilir sonuçlanamıyorsa gerekçesiyle birlikte kayıt altına alınır.
- Toplantılarda tüm üyelerin görüşleri alınır ve toplantı tutanağına Kalite Koordinatörlüğü sekreteri tarafından kayıt edilir.

6.4 KOMİTE VE EKİPLERİN TOPLANTI TUTANAK FORMATI

SKS Komite/Ekipleri toplantı kayıtları tutanak formu halinde kayıt altına alınır. Toplantıya katılan üyelerin imzası "**Toplantı Formu**" ile kayıt altına alınarak ilgili komite/ekip dosyasında saklanır.

HKS TOPLANTI TUTANAĞI FORMU			
YERİ:		TARİH:	
SAAT:		SÜRE:	
KOMİTE ÜYELERİ			
ADI ve SOYADI	KATILIM	ADI ve SOYADI	KATILIM
HKS KOMİTE GÖREV ALANLARI			
TOPLANTI GÜNDEMİ			
AÇILIŞ:			
GÜNDEM:			
TOPLANTI AKIŞI:			
ALINAN KARARLAR			
ÖNERİ:			

7.0 İLGİLİ DOKÜMANLAR

7.1 Sağlıkta Kalite Standartları Hastane