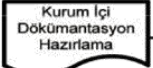


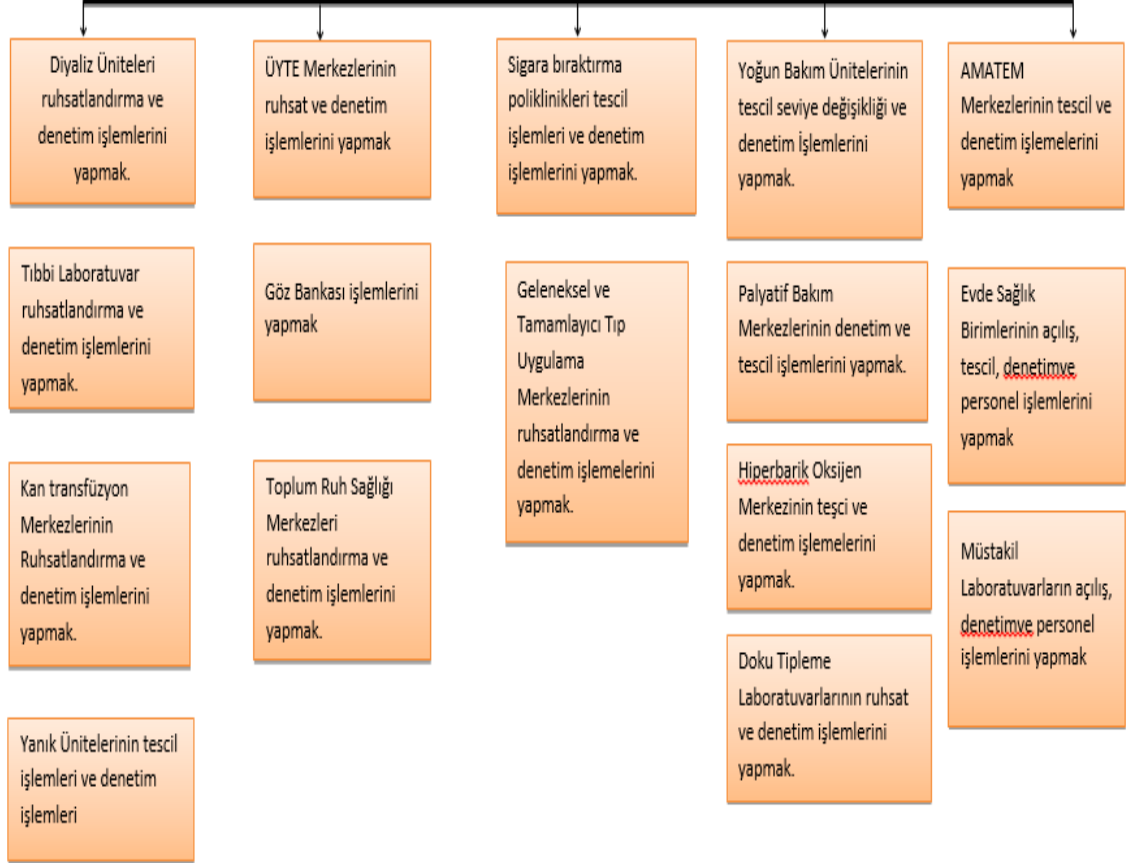
**SAĞLIK, İLAÇ VE TIBBİ CİHAZ
HİZMETLERİ BAŞKANLIĞI**

**İZLEME DEĞERLENDİRME VE
DENETİM BİRİMİ**

İŞ SÜREÇLERİ

SİMGE	MANASI VE NEREDE KULLANILACAĞI	PROGRAMDAKİ YERİ
	Sürece başlanıldığı gösterir.	Akış Çizelgeleri- BPMN Temel Şekilleri
	Sürecin tamamlandığını gösterir.	Akış Çizelgeleri- BPMN Temel Şekilleri
	Kurum içinde gerçekleştirilen iş adımlarını gösterir	Akış Çizelgesi-Temel Akış Çizelgeleri
	Kurum dışında gerçekleştirilen iş adımlarını gösterir	Akış Çizelgesi-Temel Akış Çizelgeleri
	Kurum içinde hazırlanan dokümanları gösterir	Akış Çizelgesi-Temel Akış Çizelgeleri
	Kurum dışında hazırlanan dokümanları gösterir	Akış Çizelgesi-Temel Akış Çizelgeleri
	Süreç içerisindeki karar noktalarını gösterir	Akış Çizelgesi-Temel Akış Çizelgeleri
 Ek Not	İş adımları ile ilgili ek notları gösterir.	Temel Şekiller - Kare
 Kontrol	İş adımlarına dair kontrolleri gösterir.	Temel Şekiller -Çember
 Risk	İş adımlarına ait riskleri gösterir.	Temel Şekiller - Üçgen
 Bağlayıcı	Süreçte birbirini izleyen adımları işlem kutuları/ simgeler arasına konularak gösterir.	Akış Çizelgesi- İDEFO Diyagram Şekilleri

İzleme Değerlendirme ve Denetim Birimi İş Akışı



İZLEME VE DEĞERLENDİRME BİRİMİ GÖREV YETKİ VE SORUMLULUKLARI

1. Yoğun Bakım Ünitelerinin Denetimlerinin Yapılması
2. Yoğun Bakım Ünitelerinin Tescil İşlemlerinin Yapılması Ve Yoğun Bakım Yatak Değişikliklerinin ÇKYS Üzerinden Güncellenmesinin Yapılması
3. Palyatif Bakım Merkezlerinin Tescil İşlemlerinin Yapılması
4. Palyatif Bakım Merkezlerinin Denetim İşlemlerinin Yapılması
5. Kamu Kurumları Evde Sağlık Hizmetleri Birimlerinin Tescil İşlemlerini Yapmak
6. Özel Evde Bakım Merkezi Uygunluk Belgesi Ve Mesul Müdürlük Belgesi Düzenlenmesi
7. Özel Evde Bakım Merkezi Personel Çalışma Belgesi Düzenlenmesi
8. Özel Evde Bakım Merkezi Taşınma İşlemleri
9. Özel Evde Bakım Merkezi Denetim İşlemleri
10. Özel Evde Bakım Merkezi Hekim Dışı Sağlık Personeli Denetimi
11. Hiperbarik Oksijen Tedavi Merkezlerinin Açılış İşlemlerini Yapmak
12. Hiperbarik Oksijen Tedavi Merkezlerinin Mesul Müdür Değişiklik İşlemlerini Yapmak
13. Hiperbarik Oksijen Tedavi Merkezlerinin Personel Çalışma Belgesi Düzenleme İşlemleri
14. Hiperbarik Oksijen Tedavi Merkezlerinin Denetimlerini Yapmak.
15. TPN Ünitelerinin Denetim İşlemlerinin Yapılması
16. Üremeye Yardımcı Tedavi Merkezlerinin Ruhsatlandırma İşlemlerinin Yapılması
17. Üremeye Yardımcı Tedavi Merkezi Mesul Müdür Değişikliği İşlemleri
18. Üremeye Yardımcı Tedavi Merkezi Personel Çalışma Belgesi Düzenleme İşlemleri
19. Üremeye Yardımcı Tedavi Merkezlerinin Denetim İşlemlerinin Yapılması
20. Üremeye Yardımcı Tedavi Merkezlerinin Üreme Hücreleri İmha, Süre Uzatma İşlemleri
21. Tıbbi Laboratuvarların Ruhsatlandırma İşlemlerinin Yapılması (Kamu)
22. Tıbbi Laboratuvarların Denetim İşlemlerinin Yapılması
23. Basit Hizmet Laboratuvarları Faaliyet İzni İşlemlerinin Yapılması
24. Tıbbi Laboratuvar Ruhsat Yenilenmesi İşlemlerinin Yapılması
25. Diyaliz Merkezlerinin Ruhsatlandırılması Ve Faaliyet İzni İşlemlerinin Yapılması
26. Diyaliz Merkezleri Cihaz Artırımı İşlemlerinin Yapılması
27. Diyaliz Merkezi Mesul Müdür Değişikliği İşlemleri
28. Diyaliz Merkezi Personel Çalışma Belgesi Düzenleme işlemleri
29. Diyaliz Merkezleri Denetim İşlemlerinin Yapılması
30. Transplantasyon, Diyaliz Ve İzlem Sistemi (TDİS) İşlemlerinin Yapılması
31. Acil Servislerin Seviyelendirme Ve Tescil İşlemlerinin Yapılması
32. Acil Servislerin Denetim İşlemlerinin Yapılması
33. Doku Tipleme Laboratuvarının Denetimlerinin Yapılması

34. Madde Bağımlılığı Tedavi Merkezlerinin Ruhsatlandırma İşlemlerinin Yapılması
35. Madde Bağımlılığı Tedavi Merkezlerinin Denetim İşlemlerinin Yapılması
36. Transfüzyon Merkezlerinin Ruhsatlandırılması İşlemlerinin Yapılması
37. Transfüzyon Merkezlerinin Denetim İşlemlerinin Yapılması
38. Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Ruhsatlandırma İşlemlerinin Yapılması
39. Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Denetim İşlemlerinin Yapılması
40. Yanık Tedavi Merkezleri Ruhsatlandırma İşlemlerinin Yapılması
41. Yanık Tedavi Merkezleri Ruhsatlandırma İşlemlerinin Yapılması
42. Göz Bankası İşlemlerinin Yapılması
43. Geleneksel Ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Açılış İşlemleri
44. Geleneksel Ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Denetim ve Denetim Sonu İşlemleri
45. Müstakil Laboratuvar Ruhsatlandırma İş Ve İşlemleri
46. Müstakil Laboratuvar Hekim Başlayış - Ayrılış İşlemleri
47. Hekim Dışı Sağlık Personeli Başlayış- Ayrılış İşlemleri

SÜREÇ KODU: İDD044	ŞEMA ADI: GELENEKSEL VE TAMAMLAYICI TIP UYGULAMALARI YAPAN MERKEZ VE ÜNİTELERİN DENETİM VE DENETİM SONRASI İŞLEMLERİ İŞ AKIŞ ŞEMASI
---------------------------	--

YOĞUN BAKIM ÜNİTELERİNİN DENETİM İŞLEMLERİ

Yataklı Sağlık Tesislerinde Yoğun Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usûl ve Esasları Hakkında Tebliğ.

- 1) Birimimiz tarafından denetlenecek hastaneler için denetim takvimi oluşturulur.
- 2) Denetimlerde görevli olan hekimler belirlenerek, görevlendirme için Valilik Oluru alınır.
- 3) Komisyon üyeleri ile yoğun bakım ünitesine yerinde denetim yapılır.
- 4) Denetim sonucu;
 - a) Uygun ise, denetim sonucu kuruluşa resmi yazı ile bildirilir.
 - b) Uygun değil ise, tespit edilen eksiklikler kuruluşa resmi yazı ile bildirilir.

SÜREÇ KODU:İDD002	ŞEMA ADI: YOĞUN BAKIM ÜNİTELERİNİN TESCİL İŞLEMLERİ İŞ AKIŞ ŞEMASI
-------------------	--

YOĞUN BAKIM ÜNİTELERİNİN TESCİL İŞLEMLERİ

Yataklı Sağlık Tesislerinde Yoğun Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usûl ve Esasları
Hakkında Tebliğ.

- 1- Kuruluş tarafından Yoğun Bakım ünitesi ile ilgili yatak artırımı, seviyelendirme işlemleri için tescil başvurusu yapılır.
- 2-Tescil komisyonunda görevli olan hekimler belirlenerek, görevlendirme için Valilik Oluru alınır.
- 3-Komisyon üyeleri ile yerinde değerlendirme yapılır. Tescil talepleri uygun ise Valilik oluru alınır. Alınan olur ilgili kuruma ve Bakanlığa gönderilir. Valilik oluru ÇKYS sistemine işlenir.

SÜREÇ KODU:İDD003	ŞEMA ADI: Palyatif Bakım Merkezleri Denetim ve Tescil İşlemleri İş Akış Şeması
-------------------	--

PALYATİF BAKIM MERKEZLERİ DENETİM VE TESCİL İŞLEMLERİ

Palyatif Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge

- 1) Birimimiz tarafından denetlenecek Palyatif Bakım Merkezi için denetim takvimi oluşturulur.
- 2) Denetimlerde görevli olan hekimler belirlenerek, görevlendirme için Valilik Oluru alınır.
- 3) Komisyon üyeleri ile yerinde denetim yapılır.
- 4) Denetim sonucu;
 - a) Uygun ise, denetim sonucu Hastaneye resmi yazı ile bildirilir.
 - b) Uygun değil ise, tespit edilen eksiklikler Hastaneye resmi yazı ile bildirilir.
 - c) Yeniden yerinde denetim yapılır. Eksikliklerin giderilmediğinde mütalaası istenir. Uygun görülmez ise müeyyide uygulanır.

SÜREÇ KODU:İDD004	ŞEMA ADI: PALYATİF BAKIM MERKEZLERİ DENETİM VE TESCİL İŞLEMLERİ İŞ AKIŞ ŞEMASI
--------------------------	---

PALYATİF BAKIM MERKEZLERİ TESCİL İŞLEMLERİ

Palyatif Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge

- 1- Palyatif Bakım Merkezleri tarafından tescil başvurusu yapılır.
- 2- Komisyonda görevli olan hekimler belirlenerek, görevlendirme için Valilik Oluru alınır.
- 3- Komisyon üyeleri ile yerinde denetim yapılır.
- 4- Tescil talepleri uygun ise Valilik oluru alınır. Alınan olur ilgili kuruma ve Bakanlığa gönderilir.

SÜREÇ KODU:İDD005	ŞEMA ADI: KAMU KURUMLARI EVDE SAĞLIK BİRİMLERİ TESCİL İŞLEMLERİ İŞ AKIŞ ŞEMASI
-------------------	--

KAMU KURUMLARI EVDE SAĞLIK BİRİMLERİ İŞ AKIŞ ŞEMASI

Ağlık Bakanlığı Ve Bağlı Kuruluşları Tarafından Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunulmasına Dair Yönetmelik

- 1-İlgili kamu kurumları evde sağlık birimlerinin tescil işlemleri için gerekli başvuruda bulunur
- 2-Birimimize gelen başvuru yazısı incelenir.
- 3-Müdürlük tarafından oluşturulan komisyon üyeleri için Valilik Oluru alınır.
- 4-Komisyon üyeleri ile yerinde değerlendirme yapılır.
- 5-Tescil talepleri uygun ise Valilik oluru alınır. Alınan olur ilgili kuruma ve Bakanlığa gönderilir.

SÜREÇ KODU:İDD006	ŞEMA ADI: ÖZEL EVDE BAKIM MERKEZİ UYGUNLUK BELGESİ VE MESUL MÜDÜR BELGESİ DÜZENLENMESİ İŞLEMLERİİŞ AKIŞ ŞEMASI
-------------------	---

ÖZEL EVDE BAKIM MERKEZİ UYGUNLUK BELGESİ VE MESUL MÜDÜR BELGESİ DÜZENLENMESİ

- 1) İş yeri sahibi/mesul müdürü gerekli evraklar ile Müdürlüğümüze başvuruda bulunur.
- 2) Başvuru dosyasındaki evraklar Müdürlüğümüz tarafından kontrol edilir eksiklik var ise kuruluşa geri bildirimde bulunularak tamamlatılır.
- 3) Müdürlüğümüz tarafından kuruluş yerinde incelenir inceleme raporu düzenlenir.
- 4) Uygunluk Belgesi ve mesul müdür belgesi düzenlenip ıslak imzaya sunulur.
- 5) Uygunluk Belgesi ve mesul müdür belgesi ilgili mesul müdüre veya vekâlet verdiği kişiye, Bakanlığımız tarafından tespit edilen yapılacak işe ilişkin harcın ödendiğine dair hesap belgesi karşılığı tesellüm belgesi düzenlenerek elden teslim edilir. SKYS ve Müdürlüğümüz Kurumsal Uygulamalar Modülüne kaydedilir.

SÜREÇ KODU:İDD007	ŞEMA ADI: EVDE BAKIM MERKEZİ PERSONEL ÇALIŞMA BELGESİ DÜZENLEME İŞLEMLERİ İŞ AKIŞ ŞEMASI
-------------------	---

EVDE BAKIM MERKEZİ PERSONEL ÇALIŞMA BELGESİ DÜZENLEME İŞLEMLERİ

Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik

- 1) İş yeri sahibi/mesul müdürü, kuruluştaki çalışacak olan tabibe/yardımcı sağlık personeline çalışma belgesi düzenlenmesi için gerekli evraklar ile Müdürlüğümüze başvuruda bulunur.
- 2) Başvuru dosyasındaki evraklar Müdürlüğümüz tarafından kontrol edilir eksiklik var ise kuruluşa geri bildirimde bulunularak tamamlanır.
- 4) Evraklarda eksiklik yoksa Birimimizce hekim/yardımcı sağlık personeli adına Personel Çalışma Belgesi düzenlenir
- 5) Personel Çalışma Belgesinin aslı Birimimizce ilgili mesul müdür veya vekâlet verdiği kişiye teslim edilir. ÇKYS (Yalnızca Tabipler) ve Müdürlüğümüz Kurumsal Uygulamalar Modülüne kaydedilir.

SÜREÇ KODU:İDD008	ŞEMA ADI: EVDE BAKIM MERKEZİ TAŞINMA İŞLEMLERİİŞ AKIŞ ŞEMASI
--------------------------	---

EVDE BAKIM MERKEZİ TAŞINMA İŞLEMLERİ

Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik

- 1) İş yeri sahibi/mesul müdürü taşınma işleminin yapılabilmesi için gerekli evraklar ile Müdürlüğümüze başvuruda bulunur.
- 2) Başvuru dosyasındaki evraklar Müdürlüğümüz tarafından kontrol edilir eksiklik var ise kuruluşa geri bildirimde bulunularak tamamlatılır.
- 3)Eksiklik yok ise Müdürlüğümüz tarafından kuruluş yerinde incelenir inceleme raporu düzenlenir.
- 4) Uygunluk Belgesi/Mesul Müdür ve çalışma izin belgeleri yeni adres adına düzenlenip ıslak imzaya sunulur.
- 5) Uygunluk Belgesi/Mesul Müdür ve personel çalışma belgeleri ilgili mesul müdüre veya vekâlet verdiği kişiye, Bakanlığımız tarafından tespit edilen yapılacak işe ilişkin harcın ödendiğine dair hesap belgesi karşılığı tesellüm belgesi düzenlenerek elden teslim edilir. SKYS ve Müdürlüğümüz Kurumsal Uygulamalar Modülüne kaydedilir.

SÜREÇ KODU:İDD009	ŞEMA ADI: EVDE BAKIM MERKEZİ DENETİM VE TAKİBİ İŞLEMLERİ İŞ AKIŞ ŞEMASI
-------------------	--

EVDE BAKIM MERKEZİ DENETİM VE TAKİBİ İŞLEMLERİ

Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik

- 1) Müdürlüğümüz Denetim Birimi tarafından şikâyet, soruşturma veya Bakanlıkça yapılacak olağandışı denetimler hariç olmak üzere en az altı ayda bir defa denetlenir. Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik eki Ek-7 denetim formuna göre denetimi yapılır. Denetim formu Birimimize iletilir.
- 2) Yapılan denetimde tespit edilen eksiklik/ eksiklikler var ise konu hakkında kuruluşun izahatı alınır.
- 3) İzahat sonrası ilgili yönetmelik eki Ek- 7 denetim formunda bulunan müeyyide maddesi gereği Valilik Makam Oluru alınarak işlem yapılır.
- 4) İşlem sonucu uygulanan Müeyyide kurulaşa tebliğ edilir.
- 5) İlgili müeyyide uygulandıktan sonra Bakanlığımız Web Tabanlı Müeyyide sisteminden kuruluş kayıtlarına işlenir.

SÜREÇ KODU:İDD0010	ŞEMA ADI: EVDE BAKIM MERKEZİ HEKİM DIŞI SAĞLIK PERSONELİ DENETİMİİŞLEMLERİ İŞ AKIŞ ŞEMASI
--------------------	--

EVDE BAKIM MERKEZİ HEKİM DIŞI SAĞLIK PERSONELİ DENETİMİİŞLEMLERİ

Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik

- 1)Sağlık kuruluşunun görevlendirdiği hekim dışı sağlık personeli tarafından hastaya verilen evde bakım hizmetleri; Müdürlük tarafından görevlendirilecek Denetim Biriminden bir sağlık personeli başkanlığında; tabip odası temsilcisi ile hekim dışı sağlık personeli temsil eden derneklerden bir temsilciden oluşturulacak bir ekip ile denetlenir.
- 2)Denetim, şikâyet, soruşturma ve Bakanlık merkez teşkilatının veya Müdürlüğün talebi üzerine yapılacak olağan dışı denetimler hariç olmak üzere en az üç ayda bir, her bir sağlık kuruluşu tarafından en az iki hastaya verilen hizmet yerinde denetlenir.
- 3)Denetim sonucu bir rapor hazırlanarak Müdürlüğe sunulur.
- 4)Rapor Müdürlüğümüz tarafından değerlendirilerek sağlık kuruluşu hakkında mevzuat doğrultusunda gerekli işlemler uygulanır.

SÜREÇ KODU:İDD011	ŞEMA ADI: HİPERBARİK VE OKSİJEN TEDAVİ HİZMETİ VEREN KURULUŞLARIN AÇILIŞ İŞLEMLERİ İŞ AKIŞ ŞEMASI
--------------------------	--

HİPERBARİK VE OKSİJEN TEDAVİ HİZMETİ VEREN KURULUŞLARIN AÇILIŞ İŞLEMLERİ

Hiperbarik Oksijen Tedavisi Uygulanan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik

1) İş yeri sahibi/mesul müdürü Hiperbarik Oksijen Tedavi Merkezi açabilmek için gerekli evraklar ile Müdürlüğümüze başvuruda bulunur.

2) Müdürlüğümüz inceleme komisyonu tarafından sağlık kuruluşu yerinde incelenerek rapor hazırlanır. İnceleme neticesinde açılması istenen sağlık kuruluşunun eksikleri varsa tamamlattırılmasından sonra yeniden değerlendirilip Valilik görüşleri ile birlikte ilgili belgeler ve dosyası eksiksiz olarak Bakanlığa gönderilir.

3) Başvuru dosyası, Genel Müdürlük tarafından incelenir. Dosya içeriği Yönetmeliğe uygun bulunursa Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü temsilcisi, uzman veya sertifikalı hekim, anestezi ve reanimasyon uzmanı hekim ve basınç odası konusunda bilgili mühendisten oluşan 5 kişilik teknik komisyona gönderilir. Teknik komisyon tarafından en geç bir ay içerisinde dosya üzerinde ve sağlık kuruluşu yerinde inceleme yapıldıktan sonra durum tespit raporu hazırlanarak Genel Müdürlüğe verilir. Genel Müdürlükçe uygun görüldüğü takdirde Bakanlıkça EK-1 de gösterilen Uygunluk Belgesi, mesul müdür adına EK-2 de gösterilen Mesul Müdürlük Belgesi düzenlenir

4) Müdürlüğümüz tarafından diğer çalışanların her birine EK-3 de gösterilen Personel Çalışma Belgesi düzenlenir.

5) Uygunluk / Faaliyet İzin Belgesi, personel çalışma belge ve düzenlen ruhsat asılları Birimimizce ilgili mesul müdüre veya vekâlet verdiği kişiye, Bakanlığımız tarafından tespit edilen yapılacak işe ilişkin harcın ödendiğine dair hesap belgesi karşılığı tesellüm belgesi düzenlenerek elden teslim edilir. SKYS ve Müdürlüğümüz Kurumsal Uygulamalar Modülüne kaydedilerek Bakanlığa bilgi verilir.

SÜREÇ KODU:İDD012

ŞEMA ADI:
ÖZEL HİPERBARİK OKSİJEN TEDAVİ
MERKEZİ MESUL MÜDÜR
DEĞİŞİKLİĞİ İŞLEMLERİİŞ AKIŞ
ŞEMASI

HİPERBARİK OKSİJEN TEDAVİ MERKEZİ MESUL MÜDÜR DEĞİŞİKLİĞİ İŞLEMLERİ

Hiperbarik Oksijen Tedavisi Uygulanan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik

- 1) İş yeri sahibi mesul müdür değişikliği için gerekli evraklar ile Müdürlüğümüze başvuruda bulunur.
- 2) Başvuru dosyasındaki evraklar Müdürlüğümüz tarafından kontrol edilir eksiklik var ise kuruluşa geri bildirimde bulunarak tamamlatılır.
- 3) Evraklarda eksiklik yoksa Mesul Müdürlük Belgesi için başvuru dosyası Bakanlığa iletilir.
- 4) Bakanlıkça mesul müdür değişikliği uygun bulunursa mesul müdür belgesi düzenlenir ve kuruluşa iletmek üzere Müdürlüğümüze iletilir.
- 5) Mesul Müdür Belgesi aslı Birimimizce ilgili mesul müdüre veya vekâlet verdiği kişiye, Bakanlığımız tarafından tespit edilen yapılacak işe ilişkin harcın ödendiğine dair hesap belgesi karşılığı tesellüm belgesi düzenlenerek elden teslim edilir. SKYS ve Müdürlüğümüz Kurumsal Uygulamalar Modülüne kaydedilir. Yazı ile Bakanlığa bilgi verilir.

SÜREÇ KODU:İDD013	ŞEMA ADI: HİPERBARİK OKSİJEN TEDAVİ MERKEZİ PERSONEL ÇALIŞMA BELGESİ DÜZENLEME İŞLEMLERİ İŞ AKIŞ ŞEMASI
-------------------	--

HİPERBARİK OKSİJEN TEDAVİ MERKEZİ PERSONEL ÇALIŞMA BELGESİ DÜZENLEME İŞLEMLERİ

Hiperbarik Oksijen Tedavisi Uygulanan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik

- 1) İş yeri sahibi/mesul müdürü, kuruluştaki çalışacak olan tabibe/yardımcı sağlık personeline çalışma belgesi düzenlenmesi için gerekli evraklar ile Müdürlüğümüze başvuruda bulunur.
- 2) Başvuru dosyasındaki evraklar Müdürlüğümüz tarafından kontrol edilir eksiklik var ise kuruluşa geri bildirimde bulunularak tamamlanır.
- 4) Evraklarda eksiklik yoksa Birimizce hekim/yardımcı sağlık personeli adına Personel Çalışma Belgesi düzenlenir
- 5) Personel Çalışma Belgesinin aslı Birimizce ilgili mesul müdür veya vekâlet verdiği kişiye teslim edilir. ÇKYS (Yalnızca Tabipler) ve Müdürlüğümüz Kurumsal Uygulamalar Modülüne kaydedilir.

SÜREÇ KODU:İDD014	ŞEMA ADI: HİPERBARİK OKSİJEN TEDAVİ MERKEZİ DENETİM İŞLEMLERİ İŞ AKIŞ ŞEMASI
-------------------	---

HİPERBARİK OKSİJEN TEDAVİ MERKEZİ DENETİM İŞLEMLERİ

Hiperbarik Oksijen Tedavisi Uygulanan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik

- 1-Müdürlüğümüz tarafından oluşturulan denetim ekibi için Valilik Oluru alınır.
- 2)Birimimizce belirlenen tarihlerde oluşturulan denetim ekibi kuruluşu yerinde ziyaret eder.
- 3)Denetim raporu yazılır
- 4) Yapılan denetimde tespit edilen eksiklik/ eksiklikler var ise kuruluşa bildirilir.
- 5) Eksikliklerin tamamlanması için geri bildirimde bulunulması istenir.

SÜREÇ KODU:İDD015	ŞEMA ADI: TOTAL PARENTERAL NUTRİSYON ÜNİTELERİ DENETİM İŞLEMLERİ İŞ AKIŞ ŞEMASI
--------------------------	--

TOTAL PARENTERAL NUTRİSYON ÜNİTELERİ DENETİM İŞLEMLERİ

Total Parenteral Nutrisyon İçin Güvenli Uygulamalar Rehberi

- 1) Birimimiz tarafından denetlenecek TPN Ünitesi için denetim takvimi oluşturulur.
- 2) Denetimlerde görevli olan hekimler belirlenerek, görevlendirme için Valilik Oluru alınır.
- 3) Komisyon üyeleri ile yerinde denetim yapılır.
- 4)Denetim sonucu;
 - a)Uygun ise, denetim sonucu Hastaneye resmi yazı ile bildirilir.
 - b)Uygun değil ise, tespit edilen eksiklikler Hastaneye resmi yazı ile bildirilir.
 - c) Yeniden yerinde denetim yapılır. Eksikliklerin giderilmediğinde mütalaası istenir.

SÜREÇ KODU:İDD016	ŞEMA ADI: ÜREMEYE YARDIMCI TEDAVİ MERKEZLERİ RUHSATLANDIRMA İŞLEMLERİ İŞ AKIŞ ŞEMASI
--------------------------	---

ÜREMEYE YARDIMCI TEDAVİ MERKEZLERİ RUHSATLANDIRMA İŞLEMLERİ

Üremeye Yardımcı Tedavi Uygulamaları Ve Üremeye Yardımcı Tedavi Merkezleri Hakkında Yönetmelik

1-Planlama kapsamında Bakanlıkça izin verilen hastaneler tarafından Ek-1’de belirtilen belgelerin bulunduğu başvuru dosyası ile Müdürlüğümüze merkez açma başvurusunda bulunulur.

2-Başvuru dosyası, Müdürlüğümüz tarafından başvuru tarihinden itibaren yedi iş günü içinde incelenir. Dosyada eksiklik ve/veya uygunsuzluk tespit edilir ise, başvuru sahibine bildirilir.

3-Başvuru dosyasında eksiklik bulunmaması halinde, teknik inceleme ekibi tarafından en geç 30 gün içinde yerinde inceleme yapılır.

4-İlgili Başkan Yardımcısı başkanlığında; ÜYTE ünitesi sorumlusu olabilme niteliklerine sahip bir kadın hastalıkları ve doğum uzmanı, ÜYTE laboratuvarı sorumlusu olabilme niteliklerine sahip bir kişi, Müdürlüğümüz/çevre ve şehircilik il müdürlüğü temsilcisi bir mimardan oluşmak üzere dört kişilik bir teknik inceleme ekibi oluşturulur.

5-Müşterek teknik rapor hazırlanır.

6-Yapılacak inceleme neticesinde, başvurunun bütün şartları taşıdığı tespit edilirse Valilik oluru alınır, Hastanenin ruhsatnamesine ve faaliyet izin belgesine merkez işlenir.

7-Tesellüm belgesi ile merkez sahipliğine teslim edilir ve Sağlık Bakanlığı’na bildirilir.

8-Merkezin teknik inceleme ekibi tarafından incelenmesi sonucunda eksiklik/uygunsuzluk tespit edilir ise, bunların tamamlanması veya giderilmesi konusunda düzenlenen inceleme raporundaki durum, Müdürlüğümüz tarafından başvuru sahibine yazılı olarak bildirilir.

9-Eksikliğin ve/veya uygunsuzluğun giderildiğinin başvuru sahibi tarafından Müdürlüğe yazılı olarak bildirilmesinden itibaren, teknik inceleme ekibi tarafından yerinde inceleme ve diğer işlemler sırasıyla yapılır.

10-Müstakil merkezlerde adres, kuruluş adı ve sahiplik değişikliği durumlarında ruhsat yeniden düzenlenir.

SÜREÇ KODU:İDD017	ŞEMA ADI: ÜREMEYE YARDIMCI TEDAVİ MERKEZİ MESUL MÜDÜR DEĞİŞİKLİĞİ İŞLEMLERİ İŞ AKIŞ ŞEMASI
-------------------	---

ÜREMEYE YARDIMCI TEDAVİ MERKEZİ MESUL MÜDÜR DEĞİŞİKLİĞİ İŞLEMLERİ

Üremeye Yardımcı Tedavi Uygulamaları Ve Üremeye Yardımcı Tedavi Merkezleri Hakkında Yönetmelik

- 1) İş yeri sahibi mesul müdür değişikliği için gerekli evraklar ile Müdürlüğümüze başvuruda bulunur.
- 2) Başvuru dosyasındaki evraklar Müdürlüğümüz tarafından kontrol edilir eksiklik var ise kuruluşa geri bildirimde bulunarak tamamlatılır.
- 3) Evraklarda eksiklik yoksa Mesul Müdürlük Belgesi düzenlenir.
- 4) Uygunluk belgesine mesul müdür değişikliği işlenir.
- 5) Mesul Müdür Belgesi ve Uygunluk Belgesi aslı Birimimizce ilgili mesul müdüre veya vekâlet verdiği kişiye, Bakanlığımız tarafından tespit edilen yapılacak işe ilişkin harcın ödendiğine dair hesap belgesi karşılığı tesellüm belgesi düzenlenerek elden teslim edilir. ÇKYS ve Müdürlüğümüz Kurumsal Uygulamalar Modülüne kaydedilir.

SÜREÇ KODU:İDD018	ŞEMA ADI: ÜREMEYE YARDIMCI TEDAVİ MERKEZİ PERSONEL ÇALIŞMA BELGESİ DÜZENLEME İŞLEMLERİ İŞ AKIŞ ŞEMASI
-------------------	--

ÜREMEYE YARDIMCI TEDAVİ MERKEZİ PERSONEL ÇALIŞMA BELGESİ DÜZENLEME İŞLEMLERİ

Üremeye Yardımcı Tedavi Uygulamaları Ve Üremeye Yardımcı Tedavi Merkezleri Hakkında Yönetmelik

- 1) İş yeri sahibi/mesul müdürü, kuruluştaki çalışacak olan tabibe/yardımcı sağlık personeline çalışma belgesi düzenlenmesi için gerekli evraklar ile Müdürlüğümüze başvuruda bulunur.
- 2) Başvuru dosyasındaki evraklar Müdürlüğümüz tarafından kontrol edilir eksiklik var ise kuruluşa geri bildirimde bulunularak tamamlanır.
- 4) Evraklarda eksiklik yoksa Birimimizce hekim/yardımcı sağlık personeli adına Personel Çalışma Belgesi düzenlenir
- 5) Personel Çalışma Belgesinin aslı Birimimizce ilgili mesul müdür veya vekâlet verdiği kişiye teslim edilir. ÇKYS (Yalnızca Tabipler) ve Müdürlüğümüz Kurumsal Uygulamalar Modülüne kaydedilir.

SÜREÇ KODU:İDD019	ŞEMA ADI: ÜREMEYE YARDIMCI TEDAVİ MERKEZLERİ DENETİM İŞLEMLERİ İŞ AKIŞ ŞEMASI
--------------------------	--

ÜREMEYE YARDIMCI TEDAVİ MERKEZLERİ DENETİM İŞLEMLERİ

Üremeye Yardımcı Tedavi Uygulamaları Ve Üremeye Yardımcı Tedavi Merkezleri Hakkında Yönetmelik

- 1-Müdürlüğümüz işleyiş ile alakalı olarak 6 (altı) ayda bir olağan denetim yapar.
- 2-Denetim ekibi, ilgili Başkan Yardımcısı başkanlığında; il bünyesinde kamuda görev yapan ÜYTE ünitesi sorumlusu olabilme niteliklerine sahip kadın hastalıkları ve doğum uzmanı ve ilde varsa ÜYTE laboratuvarı sorumlusu olabilme niteliklerine sahip histoloji ve embriyoloji uzmanından oluşur. İhtiyaç duyulması halinde mimar ve makine mühendisi de dâhil edilebilir.
- 3-İlgili denetim ekibine Valilik oluru alınır.
- 4-ÜYTE Merkezi yerinde inceleme ve değerlendirmeye tabi tutularak denetim formu düzenlenir.
- 5-Denetimde eksiklik tespit edilmemiş ise; denetim formunun biri ilgili kuruluşa teslim edilir, diğeri de Birimimizin denetim dosyasına kaldırılır.
- 6-Yapılan denetim sonucuna göre eksiklik varsa ilgili kuruluşa yazılı olarak bildirilir ve eksikliklerin giderilmesi için süre verilir.
- 7-Süre sonunda yerinde tekrar denetlenir. Eksiklikler devam ediyor ise yasal işlem başlatılır.

SÜREÇ KODU:İDD020	ŞEMA ADI: ÜREMEYE YARDIMCI TEDAVİ MERKEZLERİ ÜREME HÜCRESİ İMHASI İŞLEMLERİ İŞ AKIŞ ŞEMASI
-------------------	--

ÜREMEYE YARDIMCI TEDAVİ MERKEZLERİ ÜREME HÜCRESİ İMHASI İŞLEMLERİ

Üremeye Yardımcı Tedavi Uygulamaları Ve Üremeye Yardımcı Tedavi Merkezleri Hakkında
Yönetmelik

1. Merkezler imha taleplerini Müdürlüğümüze iletir.
2. Valilik Oluru ile komisyon kurulur.
3. İmha işlemi için planlama yapılır.
4. Müdürlüğümüzce merkez mahallinde imha talebinde bulunan veya yasal süresi dolan dondurulmuş numunelerin imhaları yapılarak tutanak altına alınır.
5. İmha tutanakları Bakanlığa bildirilir.

SÜREÇ KODU:İDD021	ŞEMA ADI: KAMU KURUMLARI TIBBİ LABORATUVARLARININ RUHSATLANDIRILMASI İŞLEMLERİ İŞ AKIŞ ŞEMASI
--------------------------	--

KAMU KURUMLARI TIBBİ LABORATUVARLARININ RUHSATLANDIRILMASI İŞLEMLERİ

Tıbbi Laboratuvarlar Yönetmeliği

- 1-** Kurumdan ruhsat talep yazısı ve başvuru dosyası Müdürlüğümüze başvurulur.
- 2-** Başvuru dosyası Birimizce incelenir. Eksiklik varsa eksikliklerin tamamlanması için geri bildirimde bulunulur.
- 3-** Valilik Oluru ile komisyon kurulur.
- 4-** Komisyonca tıbbi laboratuvarın yerinde denetimi yapılır, yerinde değerlendirme formları düzenlenir, uygun ise denetim raporu ve başvuru dosyası Bakanlığa gönderilir.
- 5-** Bakanlıkça düzenlenen Ruhsat Müdürlüğümüze iletilir. ÇKYS kayıtlarına gerekli veri girişi yapılır.
- 6-** Gelen Ruhsat kuruma tutanak ile teslim edilir. Teslim tutanağının bir sureti Bakanlığa gönderilir.
- 7-** Tıbbi Laboratuvar Sorumlusu değişikliği olduğunda, Tıbbi Laboratuvar Çalışma Ruhsatı belgesini görevlendirilecek personel bilgileri ile birlikte kurum yazılı olarak İl Sağlık Müdürlüğüne iletir.
- 8-** Tıbbi Laboratuvar Çalışma Ruhsatı için Valilik Oluru alınır.
- 9-** Tıbbi Laboratuvar Çalışma Ruhsatı düzenlenir. Teslim tutanağı ile teslim edilir. Başvuru dosyasının bir sureti, eski çalışma ruhsatının aslı ve yeni ruhsatın bir sureti Bakanlığa yazı ile gönderilir.

SÜREÇ KODU:İDD022	ŞEMA ADI: TIBBİ LABORATUVARLARIN DENETLENMESİ İŞLEMLERİ İŞ AKIŞ ŞEMASI
--------------------------	---

TIBBİ LABORATUVARLARIN DENETLENMESİ İŞLEMLERİ

Tıbbi Laboratuvarlar Yönetmeliği

- İlimizde bulunan tıbbi laboratuvarların olağan, olağandışı, taşınma ve şikâyet üzerine denetim yapılmak üzere denetim ekibi oluşturulur.
- Rutin denetimler için ilimiz Kamu Hastanelerinden uzman hekim görevlendirilir. Rutin denetimler yılda bir kez yapılır.
- Denetim sonucu uygun değilse Tıbbi Laboratuvar Yönetmeliği ilgili maddeleri gereği uyarı yazısı yazılır. Mütalaa istenir. Yetersiz görülür ise de müeyyide uygulanır.
- Bakanlık Denetim sistemine girişi yapılır.

SÜREÇ KODU:İDD023	ŞEMA ADI: BASİT HİZMET LABORATUVARI FAALİYET İZNİ İŞ AKIŞ ŞEMASI
--------------------------	---

Tıbbi Laboratuvar Yönetmeliği kapsamında ilgili kurumun İl Sağlık Müdürlüğüne yapılan başvuru dosyası incelenir. Uygun olması halinde Tıbbi Laboratuvarın yerinde denetimi yapılır. Müdürlüğümüzce Basit Hizmet Laboratuvarı Faaliyet Belgesi düzenlenir. Düzenlenen faaliyet belgesi kuruma ve Bakanlığa gönderilir. Olağan dışı denetimler hariç yılda bir kez rutin denetimi yapılır.

İŞ SÜRECİ:

- 1-** Basit Hizmet Laboratuvarı için kurum Ek-7 formu doldurarak talep yazısını İl Sağlık Müdürlüğüne iletir.
- 2-** Planlama ve değerlendirme yapılır.
- 3-** Valilik oluru ile Komisyon kurulur.
- 4-** Komisyonca laboratuvarın yerinde denetimi yapılır.
- 5-** Tıbbi Laboratuvar Yönetmeliğine göre Ek-8 deki forma göre Basit Hizmet Laboratuvarı Faaliyet Belgesi Müdürlüğümüzce düzenlenir.
- 6-** Düzenlenen Faaliyet Belgesi kuruma teslim tutanağı ile teslim edilir.
- 7-** Başvuru dosyası ve Faaliyet belgesinin bir sureti Bakanlığa yazı ile gönderilir.

SÜREÇ KODU:İDD024	ŞEMA ADI: TIBBİ LABORATUVAR RUHSAT YENİLEME İŞLEMLERİ İŞ AKIŞ ŞEMASI
--------------------------	---

Tıbbi Laboratuvarlar Yönetmeliğinin Ruhsat yenileme başlıklı 22. maddesinin birinci ve ikinci fıkralarında; Aşağıdaki durumlarda ruhsat yenilenir:

- Özel müstakil tıbbi laboratuvarlardaki mesul müdür değişikliği.
- Tıbbi laboratuvar birim sorumlusu değişikliği.
- Tıbbi laboratuvarın faaliyette bulunduğu uzmanlık dalı değişikliği.
- Adres/Fiziki mekân değişikliği.
- Kurum/Kuruluş veya tıbbi laboratuvar adı değişikliği.
- Tıbbi laboratuvar sahipliği değişikliği.

Tıbbi Laboratuvar Yönetmeliğinin 20. maddesinin dördüncü fıkrasında yer alan, “Bakanlık, tıbbi laboratuvarın ruhsat ve faaliyet izin belgesi işlemlerinin Valiliklere devredebilir.” hükmü gereğince Bakanlık Makamından alınan 14.02.2018 tarih ve 235 sayılı Makam Onayı ile tıbbi laboratuvarların ruhsatlandırılmasına ilişkin iş ve işlemlerin bir kısmının Valiliklere devredilmesine karar verilmiştir.

Bu kapsamda, yukarıda belirtilen ruhsat değişikliği gerektiren durumlarda (kurum adına Bakanlık tarafından daha önce tanımlanan ruhsat numaraları değiştirilmeksizin) ruhsat tanzimi işlemlerinin mezkûr Yönetmelik kapsamında; İl Sağlık Müdürlüğüne yapılan başvuru değerlendirilerek Valilik Onayı alınır. Düzenlenen Tıbbi Laboratuvar Çalışma Ruhsatı Teslim tutanağı ile teslim edilir. Bakanlığına eski ruhsat ve yeni ruhsatın bir sureti yazı ile gönderilir.

SÜREÇ KODU:İDD025	ŞEMA ADI: DİYALİZ MERKEZLERİ RUHSATLANDIRMA – FAALİYET İZNİ İŞ AKIŞ ŞEMASI
--------------------------	---

DİYALİZ MERKEZLERİ RUHSATLANDIRMA – FAALİYET İZNİ İŞLEMLERİ

Diyaliz Merkezleri Hakkında Yönetmelik

- 1-** Bakanlıkça ilan edilen yerlerde Diyaliz merkezi açacaklar Yatırım izni için bir dilekçe ve ekinde başvuru dosyasında bulunması gereken bilgi ve belgeler ile Müdürlüğe başvurur.
- 2-** Başvuru; Diyaliz Merkezleri Hakkında Yönetmelik hükümleri doğrultusunda Diyaliz Merkezleri Başvuru Değerlendirme Komisyonu tarafından öncelikle dosya üzerinde incelenir ve eksiklikler var ise, diyaliz merkezi açma talebinde bulunanlara yazı ile bildirilir.
- 3-** Eksikliklerin tamamlanması sağlanır.
- 4-** Eksikler tamamlandığında ya da başvuru dosyasında noksanlık yok ise, yatırım izni için Bakanlığa gönderilir.
- 5-** Yatırım izni alan hak sahibi, merkez ruhsatlandırılması için ilgili belgelerle müdürlüğe başvurur;
- 6-** Başvuru; Diyaliz Merkezleri Başvuru Değerlendirme Komisyonu tarafından öncelikle dosya üzerinde incelenir ve eksiklikler var ise, başvuru sahibine yazı ile bildirilir.
- 7-** Eksiklikler tamamlattırılır.
- 8-** Eksikler tamamlandığında ya da başvuru dosyası noksansız ise komisyon üyeleri tarafından personel, bina, tıbbî donanım ve cihaz, araç ve gereçler ile Yönetmeliğin öngördüğü diğer hususlara uygunluk yönünden merkez yerinde incelenerek sonuçları bir rapor halinde müdürlüğe sunulur.
- 9-** Merkez sahibi adına, müdürlükçe Ek-6'daki Diyaliz Merkezi Ruhsatnamesi, mesul müdür adına Mesul Müdürlük Belgesi düzenlenir.
- 10-** Ruhsatnamenin müdürlük tasdikli bir örneği Bakanlığa gönderilir.
- 11-** Ruhsat alan merkez Faaliyet İznine esas belgelerle birlikte Faaliyet İzni için müdürlüğe başvurur;
- 12-** Başvuru dosyası müdürlükçe incelenir. Başvurunun uygun bulunması halinde müdürlükçe Faaliyet İzin Belgesi düzenlenir.
- 13-**Düzenlenen Faaliyet Belgesi kuruma verilir ve tasdikli bir örneği Bakanlığa gönderilir

DİYALİZ MERKEZLERİ CİHAZ ARTIRIM İŞLEMLER**Diyaliz Merkezleri Hakkında Yönetmelik**

- 1- Bir bölgede cihaz artırımını yapabilmek için o bölgenin hedef doluluk oranı hemodiyaliz cihazı başına düşen hasta sayısı (hasta/cihaz oranının) dört veya üstü olarak kabul edilir. Her yıl Ocak ve Temmuz ayı içinde) müdürlük tarafından ilan edilir.
- 2- Başvurular Diyaliz Merkezleri Başvuru Değerlendirme Komisyonu tarafından Yönetmeliğin 21.Maddesinde belirtilen kriterler esas alınarak değerlendirilir.
- 3- Diyaliz Merkezleri Başvuru Değerlendirme Komisyonu tarafından yapılan değerlendirme sonuçları rapor halinde düzenlenerek başvuru yapan diyaliz merkezlerine duyurulur.
- 4- Diyaliz Merkezleri Hakkında Yönetmelik hükümleri doğrultusunda birim personeli ve Diyaliz Merkezleri Başvuru Değerlendirme Komisyonu tarafından öncelikle dosya üzerinde incelenir ve eksiklikler var ise, diyaliz merkezine yazı ile bildirilir. 5- Başvuru dosyasında noksanlık yok ise, merkez; Komisyon tarafından personel, bina, tıbbî donanım ve cihaz, araç ve gereçler ile bu Yönetmeliğin öngördüğü diğer hususlara uygunluk yönünden yerinde ve üyelerin tamamının iştiraki ile incelenerek, sonuçları bir rapor halinde İl Sağlık Müdürüne sunulur.
- 6- Başvuru dosyası noksansız ve yerinde yapılan incelemede uygun görülen merkezler için merkez sahibi adına, müdürlükçe Diyaliz Merkezi Ruhsatnamesi ve Faaliyet İzin Belgesi düzenlenir.
- 7- Düzenlenen Faaliyet İzin Belgesi kuruma müdürlük verilir, tasdikli örnekleri Bakanlığa gönderilir.

SÜREÇ KODU:İDD027	ŞEMA ADI: DİYALİZ MERKEZİ MESUL MÜDÜR DEĞİŞİKLİĞİ İŞLEMLERİ İŞ AKIŞ ŞEMASI
-------------------	---

DİYALİZ MERKEZİ MESUL MÜDÜR DEĞİŞİKLİĞİ İŞLEMLERİ

Diyaliz Merkezleri Hakkında Yönetmelik

- 1) İş yeri sahibi mesul müdür değişikliği için gerekli evraklar ile Müdürlüğümüze başvuruda bulunur.
- 2) Başvuru dosyasındaki evraklar Müdürlüğümüz tarafından kontrol edilir eksiklik var ise kuruluşa geri bildirimde bulunarak tamamlatılır.
- 3) Evraklarda eksiklik yoksa Mesul Müdürlük Belgesi düzenlenir.
- 4) Uygunluk belgesine mesul müdür değişikliği işlenir.
- 5) Mesul Müdür Belgesi ve Uygunluk Belgesi aslı Birimimizce ilgili mesul müdüre veya vekâlet verdiği kişiye, Bakanlığımız tarafından tespit edilen yapılacak işe ilişkin harcın ödendiğine dair hesap belgesi karşılığı tesellüm belgesi düzenlenerek elden teslim edilir. SKYS ve Müdürlüğümüz Kurumsal Uygulamalar Modülüne kaydedilir.

SÜREÇ KODU:İDD028	ŞEMA ADI: DİYALİZ MERKEZİ PERSONEL ÇALIŞMA BELGESİ DÜZENLEME İŞLEMLERİ İŞ AKIŞ ŞEMASI
-------------------	--

DİYALİZMERKEZİ PERSONEL ÇALIŞMA BELGESİ DÜZENLEME İŞLEMLERİ

Diyaliz Merkezleri Hakkında Yönetmelik

- 1) İş yeri sahibi/mesul müdürü, kuruluştaki çalışacak olan tabibe/yardımcı sağlık personeline çalışma belgesi düzenlenmesi için gerekli evraklar ile Müdürlüğümüze başvuruda bulunur.
- 2) Başvuru dosyasındaki evraklar Müdürlüğümüz tarafından kontrol edilir eksiklik var ise kuruluşa geri bildirimde bulunularak tamamlanır.
- 4) Evraklarda eksiklik yoksa Birimizce hekim/yardımcı sağlık personeli adına Personel Çalışma Belgesi düzenlenir
- 5) Personel Çalışma Belgesinin aslı Birimizce ilgili mesul müdür veya vekâlet verdiği kişiye teslim edilir. SKYS (Yalnızca Tabipler) ve Müdürlüğümüz Kurumsal Uygulamalar Modülüne kaydedilir.

SÜREÇ KODU:İDD029

**ŞEMA ADI: DİYALİZ MERKEZLERİ DENETİMİ İŞ AKIŞ
ŞEMASI**

DİYALİZ MERKEZLERİ DENETİM İŞLEMLERİ

Diyaliz Merkezleri Hakkında Yönetmelik

- 1-** Diyaliz Merkezleri Hakkındaki Yönetmelik hükümlerine göre denetim ekibi oluşturulur.
- 2-** Merkezler; şikâyet veya ihbar üzerine yapılan olağan dışı denetimler hariç olmak üzere müdürlük tarafından oluşturulan komisyon veya denetleme ekibi vasıtasıyla, Ek-1 ve Ek-2 deki denetim formlarına göre yılda iki defa olağan olarak denetlenir.
- 3-** Denetimlerde tespit edilen eksiklik ve aksaklıkların denetim formunda belirlenen sürelerde giderilmesi merkezden yazılı olarak istenir
- 4-** Denetim formlarında öngörülen süre içinde eksikliklerin giderilip giderilmediği müdürlük tarafından oluşturulan komisyon veya denetleme ekibi tarafından denetlenerek tespit edilir. Eksiklik ve uygunsuzlukların belirlenen süre içerisinde giderilmemesi halinde formda öngörülen idarî yaptırım uygulanır.

SÜREÇ KODU:İDD030	ŞEMA ADI: TRANSPLANTASYON, DİYALİZ VE İZLEM SİSTEMİ KULLANICI TANIMLAMA, MERKEZ DEĞİŞİMİ VE İZLEMİ İŞLEMLERİ
--------------------------	---

TRANSPLANTASYON, DİYALİZ VE İZLEM SİSTEMİ KULLANICI TANIMLAMA, MERKEZ DEĞİŞİMİ VE İZLEMİ İŞLEMLERİ

Diyaliz Merkezleri Hakkında Yönetmelik

- 1-** Kullanıcı tanımlaması talep eden kurum üst yazı ile görevlendirilecek/yetkilendirilecek kişi bilgilerini (Adı soyadı, TC Kimlik No, e-mail adresi ve cep telefonu) Müdürlüğümüze iletir.
- 2-** Birimimizde temel idareci rolü olan personel bildirilen kişi bilgileri ile TDİS'te tanımlama yapar ve kuruma bilgi verilir.
- 3-** Merkezlerin TDİS üzerinden gerçekleştirdikleri merkez değişim talepleri yine sistem üzerinden kabul/red edilir.

SÜREÇ KODU:İDD031

**ŞEMA ADI: ACİL SERVİS SEVİYELENDİRME
VE TESCİL İŞLEMLERİ**

ACİL SERVİS SEVİYELENDİRME VE TESCİL İŞLEMLERİ

Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul Ve Esasları Hakkında Tebliğ

1. İlimizdeki Acil Servisleri 20 Şubat 2018 tarih ve 30338 sayılı Tebliğ'e uygun olarak seviyelendirme ve denetim işlemleri yapılmaktadır.
2. Müdürlükler işleyiş ile alakalı olarak 6 (altı) ayda bir olağan denetim yapar.
3. Müdürlüğümüze gelen seviyelendirme talepleri değerlendirilir.
4. İlgili tebliğ hükümlerince Müdürlüğümüzce Komisyon oluşturulur.
5. Komisyon görevlendirmesi için Valilik oluru alınır.
6. İlgili kuruluş seviyelendirme için Müdürlüğe müracaat eder.
7. Acil servis yerinde inceleme ve değerlendirmeye tabi tutularak Tebliğin Ek-5 i doldurulur.
8. Ek-5 in kriterleri doğrultusunda oylama yapılır.
9. Komisyon oy çokluğu ile karar alır. Oylarda eşitlik olması halinde Başkanın taraf olduğu karar geçerlidir.
10. Komisyon sekretaryası müdürlükçe yürütülür
11. Seviye sonucu formun karar kısmına yazılarak, formlar üyelerce imzalanır.
12. Yapılan denetim sonucuna göre eksiklik varsa ilgili kuruma bildirilir ve denetim eksiklikleri için süre verilir.
13. Kurum tarafından verilen sürede eksiklikler giderilerek müdürlüğe resmi yazı ile bildirilir.
14. Yapılan denetim sonucuna göre seviyelendirmeye uygun olanlara Valilik onayı alınarak tescil edilir.
15. Seviyelendirme sonucu, ilgili hastaneye ve Bakanlığımıza bildirilir.

ACİL SERVİS DENETİMİ

Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul Ve Esasları Hakkında Tebliğ

1. İlimizdeki Acil Servisleri 20 Şubat 2018 tarih ve 30338 sayılı Tebliğ'e uygun olarak seviyelendirme ve denetim işlemleri yapılmaktadır.
2. Müdürlükler işleyiş ile alakalı olarak 6 (altı) ayda bir olağan denetim yapar.
3. İlgili tebliğ hükümlerince Müdürlüğümüzce Komisyon oluşturulur.
4. Komisyon görevlendirmesi için Valilik oluru alınır.
5. Acil servis yerinde inceleme ve değerlendirmeye tabi tutularak Tebliğin Ek-5 i doldurulur.
6. Ek-5 in kriterleri doğrultusunda oylama yapılır.
7. Komisyon oy çokluğu ile karar alır. Oylarda eşitlik olması halinde Başkanın taraf olduğu karar geçerlidir.
8. Komisyon sekretaryası müdürlükçe yürütülür
9. Yapılan denetim sonucuna göre eksiklik varsa ilgili kuruma bildirilir ve denetim eksiklikleri için süre verilir.
10. Kurum tarafından verilen sürede eksiklikler giderilerek müdürlüğe resmi yazı ile bildirilir.
11. Yapılan denetim sonucuna göre eksiklik devam ediyor ise gerekli müeyyide uygulanır.

SÜREÇ KODU:İDD033

**ŞEMA ADI: DOKU TİPLEME LABORATUVARI
DENETİMLERİ İŞ AKIŞ ŞEMASI**

DOKU TİPLEME LABORATUVARI DENETİM İŞLEMLERİ

Doku Tipleme Laboratuvarları Yönergesi

1. Yılda bir Bakanlığın uygun gördüğü tarihte Bakanlık temsilcisi eşliğinde denetleme yapılır.
2. Denetim sonucu Bakanlıkça tespit edilen eksiklikler kuruma yazılı olarak bildirilir.
3. Kurumca tamamlanan eksiklikler Müdürlüğümüze bildirilir.
4. Tamamlanan eksikliklere dair bilgi Müdürlüğümüzce Bakanlığa iletilir.

SÜREÇ KODU:İDD34

**ŞEMA ADI: MADDE BAĞIMLILIĞI TEDAVİ
MERKEZLERİ RUHSATLANDIRMA İŞ AKIŞ ŞEMASI**

MADDE BAĞIMLILIĞI TEDAVİ MERKEZLERİ RUHSATLANDIRMA

Madde Bağımlılığı Tedavi Merkezleri Yönetmeliği

1. Madde bağımlılığı tedavi merkezi açmak isteyen kurum ya da kuruluşlar Bakanlıktan ön izin alır. Bunun için başvuru dosyası ve dilekçe ile müdürlüğe başvurulur.
2. Yapılan başvuruyu değerlendirmek üzere müdürlük nezdinde bir değerlendirme komisyonu oluşturulur.
3. İl değerlendirme komisyonu başvuru dilekçesini ilin yapısı, ihtiyaçları, hasta potansiyeli gibi konularda değerlendirir. İl değerlendirme komisyonu sonucu bir rapor halinde müdürlüğe sunar.
4. İl değerlendirme komisyonu raporu ve müdürlüğün uygun görüşü ile başvuru Bakanlığa iletilir. Bakanlık tarafından merkez açma talebi bulunan il, ülke genelinde yapılan planlama ve ilgili komisyonun raporuna göre değerlendirme yaparak o ilde merkez açılıp açılmayacağına karar verir. Uygun görülen başvurular için Bakanlıkça ön izin verilir.
5. Bakanlıkça, bünyesinde merkez açılmasına ön izin verilen kurum ve kuruluşlar mevzuatında yer alan belgeler ile ve dilekçe ile birlikte izin tarihinden itibaren üç ay içerisinde müdürlüğe başvurur, bu süre içerisinde başvurmayanların izinleri iptal edilir.
6. Başvuru dosyasının, bu Yönetmelik hükümlerine uygunluğu müdürlük tarafından öncelikle dosya üzerinde değerlendirilir.
7. Başvuru dosyası tam olan merkezler, il değerlendirme komisyonu tarafından personel, bina, tıbbî donanım ve araç-gereçler ile bu Yönetmeliğin öngördüğü diğer hususlara uygunluk yönünden yerinde incelenir ve sonuçları bir rapor halinde müdürlüğe sunulur.
8. Başvuru dosyası tam olan ve yerinde yapılan incelemede fiziki koşulları uygun bulunan merkezler için Müdürlükçe madde bağımlılığı tedavi merkezi faaliyet izin belgesi düzenlenir ve Özel Hastaneler Yönetmeliği gereğince özel hastane faaliyet izin belgelerinin müdürlükçe düzenlenen ilgili bölümüne eklenir. Bu durumla ilgili Bakanlığa bilgi verilir.
9. Yerinde yapılan incelemede fiziki koşulları uygun olmayan merkezlere, eksikliklerin giderilmesi için üç aya kadar ek süre verilebilir. Bu süre sonunda eksikliklerini gidermeyen merkezlerin başvuruları gerekçeleri belirtilmek suretiyle müdürlükçe reddedilir.

SÜREÇ KODU:İDD035

ŞEMA ADI: MADDE BAĞIMLILIĞI TEDAVİ
MERKEZLERİ DENETİM İŞ AKIŞ ŞEMASI

MADDE BAĞIMLILIĞI TEDAVİ MERKEZLERİ DENETİM İŞLEMLERİ

Madde Bağımlılığı Tedavi Merkezleri Yönetmeliği

1. Merkezler; Bakanlıkça yapılacak olan olağan ve olağan dışı denetimler hariç, madde bağımlılığı tedavi merkezleri denetleme formu esas alınarak biri ruh sağlığı hastalıkları uzmanı olmak kaydıyla en az iki kişiden oluşan denetim ekibince iki yılda bir kez müdürlükçe denetlenir.
2. Müdürlük denetim ekipleri tarafından yapılan denetimlerde tespit edilen eksiklikler ile orantılı olarak merkezlere eksikliklerin giderilmesi için altı aya kadar süre verilir. Süre sonunda eksikliklerin tam olarak giderilemediği durumlarda müdürlükçe üç aya kadar ek süre verilir. Bu durum hastanenin mesul müdürüne/başhekimliğe yazılı olarak bildirilir. Belirlenen süreler zarfında eksikliklerin giderilmesi zorunludur. Müdürlükçe yapılan işlemler, ayrıca rapor halinde Bakanlığa sunulur.
3. Verilen süre sonunda gerekli düzenlemelerin yapılmadığı, faaliyete esas kriterlerin kaybedildiği ve/veya hastaların tanı, tedavi ve takibinin olumsuz etkilendiğinin tespit edildiği durumlarda müdürlük tarafından rapor tutularak Bakanlığa gönderilir. Bakanlık, Müdürlükçe gönderilen raporu incelemek suretiyle faaliyet izninin iptal edilip edilmeyeceğine karar verir.

SÜREÇ KODU:İDD036	ŞEMA ADI: TRANSFÜZYON MERKEZLERİNİN RUHSATLANDIRMA İŞLEMLERİ İŞ AKIŞ ŞEMASI
--------------------------	--

TRANSFÜZYON MERKEZLERİNİN RUHSATLANDIRMA İŞLEMLERİ

Kan Ve Kan Ürünleri Yönetmeliği

1. İlgili hastane/cerrahi tıp merkezi yetkilisi tarafından transfüzyon merkezinin ruhsatlandırılması için gerekli bilgi-belgeleri içeren dosya ile yazılı olarak Müdürlüğümüze başvurulur
2. Başvuru dosyası Müdürlüğümüz bazında incelenir
3. Başvuru dosyasında evrak bazında eksiklik yok ise Transfüzyon Merkezi denetleme ekibi tarafından fiziki mekân, donanım, personel yönünden yerinde denetlenir.
4. Eksiklik var ise 7 iş günü içerisinde ilgili merkeze yazılı olarak bildirilir
5. İlgili merkez eksikliği giderdiğine dair Müdürlüğümüze yazılı olarak geri bildirimde bulunur.
6. Eksikliği olmayan ve eksikliğini gideren en az 15m² Fiziki alanı, tıbbi donanımı, iş ve işlemleri, yeterli sayıda personele sahip merkeze ruhsat belgesinin düzenlenmesi için 1 (Bir) ay içerisinde Valilik oluru alınır.
- 7.Valilik oluruna istinaden ruhsat ve sorumlu hekimlik belgesi düzenlenir, ilgili merkeze tebliğ edilir.

SÜREÇ KODU:İDD037	ŞEMA ADI:TRANSFÜZYON MERKEZLERİNİN DENETİM İŞLEMLERİ İŞ AKIŞ ŞEMASI
--------------------------	--

TRANSFÜZYON MERKEZLERİNİN DENETİM İŞLEMLERİ

Kan Ve Kan Ürünleri Yönetmeliği

- 1-Transfüzyon Merkezleri olağan dışı denetimler hariç yılda iki kez denetlenir
- 2Olağan dışı denetimler; yanlış transfüzyon, ciddi transfüzyon reaksiyonu, şikayetv.s. durumlarda yapılır
- 3-İlgili mevzuat gereğince Müdürlüğümüz tarafından denetim ekibi oluşturulur
- 4-Denetim ekibi için Valilik onayı alınır
- 5-Denetim tarihleri belirlenir
- 6-Belirtilen tarihlerde yerinde Transfüzyon Merkezleri denetlenir
- 7-Denetim formu 2 (İki) nüsha olarak doldurulur
- 8-Denetim ekibi üyelerince imzalanır, bir nüshası ilgili merkeze bırakılır
- 9-Denetim sonunda; eksiklik yok ise Birimimizin denetim dosyasına kaldırılır
- 10-Denetim sonunda eksiklik tespit edilmiş ise ilgili merkeze yazılı olarak bildirilir ve süre verilir
- 11-Verilen süre sonunda yerinde tekrar denetlenir.
- 12-Eksiklikler devam ediyor ise yasal işlem başlatılır. (Ruhsatın askıya alınması, faaliyetin durdurulması, para cezası vb.)

SÜREÇ KODU:İDD038	ŞEMA ADI:TOPLUM RUH SAĞLIĞI MERKEZLERİ RUHSATLANDIRMA İŞLEMLERİ İŞ AKIŞ ŞEMASI
--------------------------	---

TOPLUM RUH SAĞLIĞI MERKEZLERİ RUHSATLANDIRMA İŞLEMLERİ

Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Hakkında Yönerge

1-Bakanlığın planlamasında belirtilen hastane tarafından Müdürlüğümüze yazılı olarak başvurulur

2- İnceleme ve değerlendirme komisyonu oluşturulur

3-Başvuru dosyası incelenir

4-Eksiklik var ise ilgili hastaneye yazılı olarak bildirilir

5-İlgili hastane eksiklikleri tamamlayınca geri bildirimde bulunur

6-Tekrar yerinde incelenir

7-İnceleme ve Değerlendirme Formu doldurulur

8-Valilik Oluru alınır

9-Bakanlığa bildirilir

10- Uygunluk verilen merkeze Bakanlıkça faaliyet izni verilir

11-Müdürlüğümüze intikal eden faaliyet izni ilgili hastaneye yazılı olarak tebliğ edilir

SÜREÇ KODU:İDD039	ŞEMA ADI: TOPLUM RUH SAĞLIĞI MERKEZLERİ DENETİM İŞLEMLERİ İŞ AKIŞ ŞEMASI
--------------------------	---

TOPLUM RUH SAĞLIĞI MERKEZLERİ DENETİM İŞLEMLERİ

Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Hakkında Yönerge

- 1-Toplum ruh sağlığı merkezleri olağan dışı denetimler hariç yılda 1 (Bir) kez denetlenir
- 2- Komisyon oluşturulur
- 3- Valilik onayı alınır
- 4- Denetim tarihleri belirlenir
- 5- Yerinde denetimi yapılır
- 6- Denetim formu 2 (İki) nüsha doldurulur
- 7- Denetim sonunda eksiklik var ise Yazılı olarak ilgili hastaneye eksiklikler bildirilir ve süre verilir
- 8-Verilen süre sonunda ilgili hastane geri bildirimde bulunur
- 9-Tekrar yerinde denetlenir
- 10-Eksiklik yok ise denetim formu müdürlüğümüzde arşivlenir

SÜREÇ KODU:İDD040	ŞEMA ADI: YANIK TEDAVİ BİRİMLERİNİN RUHSATLANDIRILMASI İŞLEMLERİ İŞ AKIŞ ŞEMASI
-------------------	--

YANIK TEDAVİ BİRİMLERİNİN RUHSATLANDIRILMASI İŞLEMLERİ

Yataklı Sağlık Tesislerinde Yanık Tedavi Birimlerinin Kurulması Ve İşleyişi Hakkında
Yönerge

- 1-Yanık tedavi merkezi ve yanık ünitelerine ait başvurular Bakanlıkça belirlenmiş planlamalar dahilinde baştabipliğin yazılı talebi, Müdürlüğümüzün uygun görüşü ile Valilik yazısı ekinde genel müdürlüğe iletilir.
- 2-Planlanan hastane tarafından mevzuatta belirtilen belgeler ile birlikte Müdürlüğümüze yazılı olarak başvurulur
- 3-Müdürlüğümüzce yerinde incelenir.
- 4-Eksiklik yok ise Valilik Oluru alınır.
- 5-Bakanlık uygun görüşüne sunulur
- 6-Bakanlık komisyonunca uygun görülen yanık birimine Bakanlıkça faaliyet izni verilir.
- 7-Müdürlüğümüze intikal eden faaliyet izni ilgili hastaneye yazılı olarak tebliğ edilir.

SÜREÇ KODU:İDD041	ŞEMA ADI: YANIK TEDAVİ BİRİMLERİNİN DENETİM İŞLEMLERİ İŞ AKIŞ ŞEMASI
-------------------	--

YANIK TEDAVİ BİRİMLERİ DENETİM İŞLEMLERİ

Yataklı Sağlık Tesislerinde Yanık Tedavi Birimlerinin Kurulması Ve İşleyişi Hakkında Yönerge

- 1-Bakanlıkça planlama kapsamında açılmış olan Yanık birimleri ilgili mevzuatınca yılda iki (2) kez Müdürlüğümüzce denetlenir
- 2- Denetim sonuçları değerlendirilir
- 3-Eksiklik tespit edilmiş ise ilgili hastaneye yazılı olarak bildirilir, süre verilir
- 4-Verilen süre sonunda tekrar yerinde denetlenir
- 5- Tespit edilen sorun ve aksaklıklarla ilgili gerekli tedbirler alınır
- 6- Lüzumu halinde denetim sonuçları raporlanır ve Bakanlığa bildirilir

SÜREÇ KODU:İDD042	ŞEMA ADI: GÖZ BANKASI İŞLEMLERİ İŞ AKIŞ ŞEMASI
--------------------------	---

Göz Bankası işlemleri ve toplantısı işlemleri

1. Bakanlığımızın 06.03.2018 tarih ve E.848 sayılı yazılarına istinaden kornea teminlerinin artırılmasına yönelik olarak, İlimiz Göz Bankası sorumluları ile göz bankası bulunan kurumun yöneticilerinin katılımı ve İl Müdürlüğümüz temsilcilerinin katılımları ile göz bankalarının sorunlarının görüşülmesi, çözüm önerileri ve kornea temin sayılarının artırılmasına yönelik düzenli toplantılar yapılmaktadır.
2. Yapılan toplantılarda alınan kararlar ilgili kurumlara bildirilmektedir.
3. Toplantı karar tutanakları ve ilerleme raporları Bakanlığımıza bildirilmektedir.

SÜREÇ KODU: İDD043	ŞEMA ADI: GELENEKSEL VE TAMAMLAYICI TIP UYGULAMALARI YAPAN ÜNİTELERİN AÇILIŞ İŞLEMLERİ İŞ AKIŞ ŞEMASI
---------------------------	--

GELENEKSEL VE TAMAMLAYICI TIP UYGULAMALARI YAPAN ÜNİTELERİN AÇILIŞ İŞLEMLERİ

Geleneksel Ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği

- 1) Kamu ve özel kurumlar gerekli evraklar ile Müdürlüğümüze başvuruda bulunurlar.
- 2) Başvuru dosyasındaki evraklar Müdürlüğümüz tarafından kontrol edilir eksiklik var ise kuruluşa geri bildirimde bulunularak tamamlatılır.
- 3) Evraklarda eksiklik yoksa değerlendirme komisyonu düzenlenir. Mahallinde Teknik İnceleme Raporu düzenlenir
- 4) Onay alınmak üzere Bakanlığa sunulur.
- 5) Uygun bulunan Ünite başvurusu ile ilgili Müdürlüğümüz Ünite Yetki Belgesi Düzenler. Uygunluk / Faaliyet İzin Belgesine eklenir. Ünite Yetki Belgesi Birimimizce ilgili kuruma, tesellüm belgesi düzenlenerek elden teslim edilir. SKYS ve Müdürlüğümüz Kurumsal Uygulamalar Modülüne kaydedilerek Bakanlığa bilgi verilir.

SÜREÇ KODU: İDD044	ŞEMA ADI: GELENEKSEL VE TAMAMLAYICI TIP UYGULAMALARI YAPAN MERKEZ VE ÜNİTELERİN DENETİM VE DENETİM SONRASI İŞLEMLERİ İŞ AKIŞ ŞEMASI
--------------------	--

GELENEKSEL VE TAMAMLAYICI TIP UYGULAMALARI YAPAN MERKEZ VE ÜNİTELERİN DENETİM VE DENETİM SONRASI İŞLEMLERİ

Geleneksel Ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği

- 1)Denetim Birimi tarafından şikâyet, soruşturma veya Bakanlıkça yapılacak olağandışı denetimler hariç olmak üzere yılda en az bir defa Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmelik eki Ek-5 denetim formuna göre denetimi yapılır. Denetim esnasında tespit edilenler Birimimize iletilir.
- 2) Yapılan denetimde tespit edilen eksiklik/ eksiklikler var ise konu hakkında kuruluşun izahatı alınır.
- 3) İzahat sonrası Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmelik eki Ek 4 Müeyyide formunda bulunan madde gereği Valilik Makam Oluru alınarak işlem yapılır.
- 4) İşlem sonucu kurulaşa tebliğ edilir.
- 5) İlgili müeyyide uygulandıktan sonra Bakanlığımız Web Tabanlı Müeyyide sisteminden kuruluş kayıtlarına işlenir.

SÜREÇ KODU: İDD045	ŞEMA ADI: MÜSTAKİL LABORATUVAR RUHSATLANDIRMA İŞ VE İŞLEMLERİ İŞ AKIŞ ŞEMASI
---------------------------	---

MÜSTAKİL LABORATUVAR RUHSATLANDIRMA İŞ VE İŞLEMLERİ

- 1-Yeni açılacak Tıbbi laboratuvar için, 09.10.2013 tarih ve 28790 sayılı Tıbbi Laboratuvar Yönetmeliği uyarınca mesul müdür tarafından yönetmelik Ek-2’de belirtilen belgelerle birlikte Müdürlüğe başvuru yapılır.
- 2-Dosya Birimimiz tarafından incelenir. İncelemede eksiklik mevcut ise başvuru yapan kuruma giderilmesi için yazı ile bildirilir.
- 3-Dosyada uygunsuzluk olmaması veya eksiklerin tamamlanması durumunda tıbbi laboratuvar, Müdürlükçe oluşturulan denetim ekibi tarafından yerinde denetlenir.
- 4-Denetimde eksiklik bulunmaması halinde, Bakanlığımızın 18.02.2018 tarih ve E246 sayılı Yetki Devri ile ilgili yazısına istinaden Valilik Oluru alınarak ruhsat belgesi düzenlenir.
- 5-İlk defa ruhsat düzenlenmesi durumunda dosya Bakanlığa gönderilir.
- 6-Hazırlanan belgeler Birimimizce ilgili merkez sahibi veya vekalet verdiği kişiye, Bakanlığımız tarafından tespit edilen yapılacak işe ilişkin harcın ödendiğine dair dekont karşılığı tesellüm düzenlenerek elden teslim edilir. ÇKYS ve Müdürlüğümüz Kurumsal Uygulamalar Modülüne kaydedilir

SÜREÇ KODU: İDD046	ŞEMA ADI: HEKİM BAŞLAYIŞ- AYRILIŞ İŞLEMLERİ İŞ AKIŞ ŞEMASI
---------------------------	---

HEKİM BAŞLAYIŞ - AYRILIŞ İŞLEMLERİ

- 1)) Müstakil Laboratuvar mesul müdürlüğü, kuruluştaki çalışacak olan tabibe ait personel çalışma belgesi düzenlenmesi için gerekli evrakları hazırlar.
- 2) Başvuru dosyasındaki evraklar Müdürlüğümüz tarafından kontrol edilir. Eksiklik var ise kuruluşa geri bildirimde bulunarak tamamlanır.
- 3) Evraklarda eksiklik yoksa hekim adına Personel Çalışma Belgesi düzenlenir.
- 4) Personel Çalışma Belgesinin aslı Mesul Müdüre yada vekalet verdiği kişiye teslim edilir. ÇKYS ve Müdürlüğümüz Kurumsal Uygulamalar Modülüne kaydedilir.
- 5) Hekim ayrılışında ise ilgili evraklar ile Müdürlüğümüze başvurulur. ÇKYS ve Müdürlüğümüz Kurumsal Uygulamalar Modülünde ayrılışı yapılır.

SÜREÇ KODU: İDD047

**ŞEMA ADI:
HEKİM DIŞI SAĞLIK PERSONELİ
BAŞLAYIŞ- AYRILIŞ İŞLEMLERİİŞ
AKIŞ ŞEMASI**

HEKİM DIŞI SAĞLIK PERSONELİ BAŞLAYIŞ- AYRILIŞ İŞLEMLERİ

- 1) Müstakil Laboratuvar mesul müdürlüğü, kuruluştaki çalışacak olan sağlık personeline ait personel çalışma belgesi düzenlenmesi için gerekli evrakları hazırlar.
- 2) Başvuru dosyasındaki evraklar Müdürlüğümüz tarafından kontrol edilir. Eksiklik var ise kuruluşa geri bildirimde bulunarak tamamlanır.
- 3) Evraklarda eksiklik yoksa hekim adına Personel Çalışma Belgesi düzenlenir.
- 4) Personel Çalışma Belgesinin aslı Mesul Müdüre ya da vekâlet verdiği kişiye teslim edilir. ÇKYS ve Müdürlüğümüz Kurumsal Uygulamalar Modülüne kaydedilir.
- 5) Hekim ayrılışında ise ilgili evraklar ile Müdürlüğümüze başvurulur. Müdürlüğümüz Kurumsal Uygulamalar Modülünde ayrılışı yapılır.

