

SORU SIRA NO	BÖLÜM ADI	SORU KOD	VERİMLİLİK YERİNDE DEĞERLENDİRME SORU LİSTESİ (ADSM VE ADSH)
1	POLİKLİNİK HİZMETLERİ	P.1	Hastaların sağlık tesisi hizmet alanlarına kolay erişimi için düzenleme yapılmış mı?
		P.1.1.	Sağlık tesisinin web sitesinde hastaneye ulaşım linki bulunmalıdır.
		P.1.2.	Sağlık tesisi yakınındaki cadde ve sokaklara sağlık tesisine ulaşımı kolaylaştıracak işaret ve yönlendirme levhaları konulmalıdır.
		P.1.3.	Poliklinik bina ve kat girişleri ile sağlık tesisinin bahçesi de dahil olmak üzere tüm bina içerisinde yönlendirme levhaları yeterli ve işlevsel olmalıdır.
2	POLİKLİNİK HİZMETLERİ	P.2	Hasta kayıt birimi uygun düzenlenmiş mi?
		P.2.1	Hasta kayıt birimi kolaylıkla görülebilecek ve ulaşılabilir bir yerde bulunmalı ve hasta ile iletişimi kolaylıkla sağlayacak biçimde düzenlenmelidir. Hastanın oturabileceği sandalye / koltuk olmalıdır.
		P.2.2	Hasta kayıt görevlisi tarafından hastanın iletişim bilgilerinin güncelliği sağlanmalıdır.
		P.2.3	Hasta kayıt birimlerinde çalışan personel sayısı ,sağlık tesisinin büyüklüğü ve başvuran hasta sayısı düşünülerek yeterli sayıda planlanmalıdır.
3	POLİKLİNİK HİZMETLERİ	P.3	Polikliniklerde karşılama ve yönlendirme hizmeti için düzenlemeler yapılmış mı?
		P.3.1	Karşılama yönlendirme personeli, poliklinik bina girişlerine hakim alanlarda bulunmalıdır.
		P.3.2	Karşılama ve yönlendirme hizmetlerinde yer alan görevli, diğer personelden ayırt edilebilecek kıyafet giymeli ve yaka kartı takmalıdır.
4	POLİKLİNİK HİZMETLERİ	P.4	Muayene odası girişlerinde düzenleme yapılmış mı?
		P.4.1	Her muayene odası girişinde, hekimlerin isimleri ve uzmanlık alanları, hastanın isim veya sıra numarasının görülebilmesi için, hasta çağrı ekranı bulunmalı ve çalışır durumda olmalıdır.
		P.4.2	Öncelikli hasta gurubunda yer alan hastaların öncelik nedenleri ekrana yansıtılmalıdır.
		P.4.3	İsminin açıklanmasını istemeyen hastalar için gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.
		P.4.4	Poliklinik odalarında özel firma ve şirketlere ait reklam ve tanıtım materyali olmamalıdır.
5	POLİKLİNİK HİZMETLERİ	P.5	Sağlık tesisinde çalışan aktif diş hekimleri için poliklinik odası ve yeterli donanım sağlanmış mı?
		P.5.1	Sağlık tesisinde bulunan poliklinik odaları bir veya iki diş hekiminin birlikte hizmet verebileceği şekilde düzenlenmelidir.
		P.5.2	Poliklinik yapan her diş hekimine bir diş üniti tahsis edilmelidir.
		P.5.3	Her poliklinik odasında diş hekimlerinin kullanımına tahsis edilen cihaz ve donanımlar yeterli sayıda olmalıdır. (Endodontik döner alet, kavitron ve uçları, amalgamator, ışınlı dolgu cihazı vb.)
		P.5.4	Hasta yoğunluğu ve her hastadan sonra aeratör başlığının steril edilmesi göz önüne alınarak her diş hekimi için yeterli sayıda mikromotor ve aeratör başlığı bulunmalıdır.
		P.5.5	Poliklinik oda sayısının hekim sayısına oranı ve donanımı yönetim tarafından takip edilmelidir.
6	POLİKLİNİK HİZMETLERİ	P.6	Polikliniklerde hasta yoğunluğunu azaltacak önlemler alınmalıdır?
		P.6.1	Poliklinik alanlarında hasta yoğunluğunu ve hastaların bekleme süresini azaltacak önlemler alınmalıdır.
		P.6.2	Polikliniklerde hastaların hasta ilk kayıt ve muayene arasındaki ortalama bekleme süresi yönetim tarafından aylık olarak DHBS’de oluşturulacak “Yönetici Takip Ekranı” ile takip edilmelidir.
7	POLİKLİNİK HİZMETLERİ	P.7	Poliklinik hizmetlerine geç başlama bildirimini yapıyor mu?
		P.7.1	Görevli hekimin poliklinik hizmetlerine geç başladığının bildirimini SMS ile ilgili kişilere yapılmalıdır.
8	POLİKLİNİK HİZMETLERİ	P.8	Polikliniklerde hastalara kullanılan ilaç ve sarf malzemelerin güvenli kullanımına ilişkin düzenleme yapılmış mı?
		P.8.1	Kullanılacak lokal anestezipler, diğer ilaçlar hastaya özel hazırlanmalı ve kimyasal maddelerin birbiri ile karışmaması için gerekli düzenlemeler yapılmalıdır. (Farklı renkte etiket yapılandırılmış enjektörler, enjektör uçları vb.)
9	POLİKLİNİK HİZMETLERİ	P.9	Poliklinik süreçlerine ait tüm işlemler, Diş Hekimliği Bilgi Sistemi (DHBS) üzerinden yapılıyor mu?
		P.9.1	Hastanın anamnez bilgileri DHBS’de kayıt edilmelidir.

SORU SIRA NO	BÖLÜM ADI	SORU KOD	VERİMLİLİK YERİNDE DEĞERLENDİRME SORU LİSTESİ (ADSM VE ADSH)
		P.9.2	Sağlık tesisinde ve diğer sağlık tesislerinden istenilen konsültasyonların istem zamanı, gerçekleşme zamanı ve konsültasyon sonuçlarının DHBS 'de kayıt altına alınmalıdır.
		P.9.3	Hastaya verilen tüm tedavi işlem randevuları MHRS üzerinden verilmeli, verilen randevuda hangi işlemin (dolgu, kanal tedavisi, preperasyon) yapılacağı belirtilmelidir.
		P.9.4	Konservatif tedavi, endodontik tedavi, protez vb. randevu süreleri DHBS üzerinden tanımlanmalıdır.
		P.9.5	Sağlık tesisinde randevu gerçekleşme süreleri DHBS' de oluşturulacak "Yönetici Takip Ekranı" ile takip edilmelidir.
10	POLİKLİNİK HİZMETLERİ	P.10	Sağlık tesisinde e-reçete kullanım oranları Bakanlık hedeflerine uygun mu?
		P.10.1	Sağlık tesisinde görev yapan her bir klinisyen hekimin yazmış olduğu e-reçete sayısının toplam reçete sayısına oranı aylık olarak takip edilmelidir.
11	POLİKLİNİK HİZMETLERİ	P.11	Sağlık tesisinde MHRS kullanım oranı takibi ve analizi uygun yapılıyor mu?
		P.11.1	MHRS'den randevu alan hastaların hasta kayıt işlemlerinin beklemeden yapılması için gerekli önlemler alınmalıdır.
		P.11.2	Poliklinik odası girişlerinde bulunan hasta çağrı ekranında MHRS'den randevu alan hastanın MHRS randevulu olduğu belirtilmelidir.
		P.11.3	İlk muayenesi yapılan hastanın, devam eden kontrol muayene randevuları MHRS üzerinden verilmelidir.
		P.11.4	MHRS'ye ait sağlık tesisi verileri analiz edilmeli, DHBS'de oluşturulacak "Yönetici Takip Ekranı" ile takip edilmelidir.
12	POLİKLİNİK HİZMETLERİ	P.12	Hastaların tedavi ve bakım ihtiyaçlarına göre tedavi planı hazırlanıyor ve tedavisinin sürekliliği sağlanıyor mu?
		P.12.1	Diş hekimi muayenesi sonucu hastaların klinik durumlarını gösteren bulgular (eksik dişler, çürük dişler, enfekte dişler vb.) DHBS 'de ağız şeması üzerinde kayıt altına alınmalıdır. .
		P.12.2	Hastanın tedavi planı hakkında hastaya bilgi verilmeli ve hastanın isteği halinde planlanan tedavileri içeren tedavi planı DHBS'den çıktı alınarak hastaya verilmelidir.
		P.12.3	Konsültasyon istenen hastaların devam eden randevuları konsültasyon isteyen hekim tarafından verilmeli, DHBS'ne randevu bilgileri ve konsültasyon nedeni belirtilerek kaydedilmelidir.
13	POLİKLİNİK HİZMETLERİ	P.13	Tedavi yapılan her hasta sonrası diş ünitesi ve kullanılan ekipmanlar çapraz kontaminasyonu önleyecek şekilde temizleniyor ve dezenfekte ediliyor mu?
		P.13.1	Diş ünitesinin her hastadan sonra dezenfeksiyonu sağlanmalıdır.
		P.13.2	Diş ünitesinin dezenfeksiyonu konusunda temizlik personeline eğitim verilmeli ve uygun dezenfeksiyon yapılmalıdır.
14	GÖRÜNTÜLEME HİZMETLERİ	G.1	Radyoloji ünitelerinde gerekli düzenlemeler yapılmış mı?
		G.1.1	Sağlık tesisindeki görüntüleme ünitelerinin girişlerinde, DHBS ile entegre çalışan hastanın sırasını bildiren elektronik sistem düzenlenmeli ve işlevsel olmalıdır.
		G.1.2	Röntgen çekim alanlarında askılık, çöp kutusu ve kağıt havlu bulundurulmalıdır.
		G.1.3	Görüntüleme ünitesinde bekleme alanları oluşturulmalıdır.
15	GÖRÜNTÜLEME HİZMETLERİ	G.2	Radyoloji alanlarının işleyişine yönelik düzenlemeler yapılmış mı?
		G.2.1	Radyasyon güvenliği yönetmeliğine uygun olarak denetimli ve gözetimli alanların ayırımı yapılmalıdır. Denetimli alanlarda ve girişlerinde uyarı levhaları bulunmalıdır.
		G.2.2	İyonlaştırıcı radyasyon kaynağı ile çalışan birimlerde, aylık personel çalışma listeleri, personelin çalışma yeri ve radyasyon görevlisi olup olmadığını belirleyecek şekilde düzenlenmelidir.
		G.2.3	Radyasyon görevlisi olan personele sağlık izni kullandırılması ile ilgili düzenleme yapılmalıdır.
16	GÖRÜNTÜLEME HİZMETLERİ	G.3	Radyoloji verilerine yönelik analizler yapılıyor mu?
		G.3.1	Sağlık tesisinde ortalama görüntüleme bekleme süreleri belirlenmelidir.
		G.3.2	Sağlık tesisinde yapılan röntgen çekim sayıları, bekleme süreleri ve tekrar edilen çekim sayıları aylık olarak DHBS'de oluşturulacak "Yönetici Takip Ekranı" ile takip edilmelidir.
17	DİŞ PROTEZ LABARATUVARI	DPL.1	Protez laboratuvarı alt yapısı, çalışan güvenliği ve hizmet kalitesi açısından uygun şartlarda mı?
		DPL.1.1	Protez laboratuvarlarında, çalışır durumda havalandırma sistemi bulunmalı ve aktif olarak kullanılmalıdır.

SORU SIRA NO	BÖLÜM ADI	SORU KOD	VERİMLİLİK YERİNDE DEĞERLENDİRME SORU LİSTESİ (ADSM VE ADŞH)
		DPL.1.2	Akril gazlarının bertarafını sağlayan kabin vakum sistemleri bulunmalı, aktif olarak kullanılmalı ve kontrolleri yapılarak kayıt altına alınmalıdır.(Protez laboratuvarı olmayan fakat protez tamiri, besleme vb akril işlemleri yapan sağlık tesislerinde de değerlendirilecektir.)
		DPL.1.3	Teknisyen çalışma masalarında işlevsel vakum sistemi bulunmalıdır.
18	DİŞ PROTEZ LABARATUVARI	DPL.2	Poliklinikte alınan protez ölçülerinin dezenfeksiyonu, transferi ve ölçü kabulü ile ilgili düzenleme var mı?
		DPL.2.1	Poliklinikte alınan protez ölçülerinin dezenfeksiyonu , ölçü kabulü ve transferi talimata uygun olarak hastaya özel, ağız kapalı kap ya da kilitli poşetlerde yapılmalı ve üzerinde hasta kimlik bilgilerinin olduğu etiketler bulunmalıdır
		DPL.2.2	Protez laboratuvarına gelen her numunenin barkod okuyucu ile kabulü yapılmalıdır.
		DPL.2.3	Laboratuvara kabul edilmeyen ölçüler ve ortalama ölçü bekleme süreleri DHBS’de oluşturulacak “Yönetici Takip Ekranı” ile takip edilmelidir.
19	DİŞ PROTEZ LABARATUVARI	DPL.3	Protezlerin ara safha ve teslim süreleri belirlenmiş mi?
		DPL.3.1	Protezlerin ara safha ve teslim sürelerindeki gecikmeler DHBS’de oluşturulacak “Yönetici Takip Ekranı” ile takip edilmelidir
20	DİŞ PROTEZ LABARATUVARI	DPL.4	Sağlık tesisinde yapılan protez sayılarının analizi yapılıyor mu?
		DPL.4.1	Sağlık tesisinde yapılan geçici kron sayıları DHBS’de kayıt altına alınmalıdır.
		DPL.4.2	Sağlık tesislerinde tekrar edilen protezler için oluşturulan komisyon düzenli olarak toplanmalıdır.
		DPL.4.3	Altı ayda bir rastgele seçilen sabit ve hareketli protez numunelerinde kullanılan metallerin, metalürjik testleri ve akriliklerin uygunluk testleri yaptırılmalı ve uygunsuz test sonuçları yönetim tarafından değerlendirilmelidir.
		DPL.4.4	Sağlık tesisinde yapılan protez sayıları ve tekrarlanan protezler DHBS’de oluşturulacak “Yönetici Takip Ekranı” ile takip edilmelidir
21	DİŞ PROTEZ LABARATUVARI	DPL.5	Sağlık tesisinde yer tutucu ve çocuk protezleri yapılıyor mu?
		DPL.5.1	Sağlık tesisinde yapılan yer tutucu, çocuk protezleri ve ortodontik aparey sayıları DHBS’de oluşturulacak “Yönetici Takip Ekranı” ile takip edilmelidir.
22	DİŞ PROTEZ LABARATUVARI	DPL.6	Sağlık Tesisinde yapılan protez ve tamir işlem sayılarının analizi yapılıyor mu?
		DPL.6.1	Teknisyen protez ve tamir işlem sayıları DHBS’de oluşturulacak “Yönetici Takip Ekranı” ile takip edilmelidir.
23	DİŞ PROTEZ LABARATUVARI	DPL.7	Kayıbolan protez ,alçı model ve ölçülerin takibine yönelik düzenleme var mı?
		DPL.7.1	Poliklinikte kaybolan protezler, alçı model ve ölçüler ile ilgili düzenleme ve kayıtlar olmalıdır.
		DPL.7.2	Kayıbolan ölçü, alçı model ve protezler ile ilgili analizler yapılmalı ve uygunsuzluk durumlarında iyileştirme çalışmaları başlatılmalıdır.
24	SERVİS HİZMETLERİ	S.1	Sağlık tesisinde yatak kullanımının takibi ve analizi yapılıyor mu?
		S.1.1	Sağlık tesisinde yataklı servis hizmetlerine ait veriler aylık olarak DHBS’de oluşturulacak “Yönetici Takip Ekranı” ile takip edilmelidir.
25	SERVİS HİZMETLERİ	S.2	Hemşire tarafından hastanın bakım ihtiyaçları değerlendiriliyor mu?
		S.2.1	Servise yatışı yapılan hastalara hemşire tarafından hastanın hastaneye yatmasını izleyen ilk 4 saat içinde uygun veri toplama aracı ile (hemşirelik hasta ön değerlendirme formu, hemşirelik öyküsü formu vb.) değerlendirme (fiziksel değerlendirme, sistem değerlendirmesi) yapılmalı ve kayıt altına alınmalıdır.
		S.2.2	Hastanın tedavi sürecinde, günlük değerlendirmesi yapılarak ihtiyacına yönelik tüm bakımları yapılmalı ve hasta dosyasına kaydedilmelidir. (Genel vücut bakımı, ağız bakımı, ağrı değerlendirmesi, ruhsal durum değerlendirmesi, beslenme, periferik damar yolu bakımı, vb.)
26	SERVİS HİZMETLERİ	S.3	Hastanın hekim tarafından yapılan tıbbi değerlendirmeleri, günlük takip ve tedavileri kayıt altına alınıyor mu?
		S.3.1	Hastanın hekim tarafından yapılan tıbbi değerlendirmeleri ve günlük takipleri kayıt altına alınmalıdır.
		S.3.2	Her hastaya günlük olarak, hekimin adı soyadı, tarihi, imzası, ilaç ismi, ilaçların kullanım şekli, verilmiş süresi, dozu, hastanın yatış yapılmadan önce kullandığı ve kullanmaya devam edeceği ilaçlar ve bakım planını içeren order verilmelidir.
27	SERVİS HİZMETLERİ	S.4	Servise yatan hastalara hemşire tarafından bilgilendirme yapılıyor ve gerekli eğitimler veriliyor mu?

SORU SIRA NO	BÖLÜM ADI	SORU KOD	VERİMLİLİK YERİNDE DEĞERLENDİRME SORU LİSTESİ (ADSM VE ADSH)
		S.4.1	Hastanın servise kabulünde hasta/hasta yakını aşağıdaki konularda bilgilendirilmelidir: - Hastaya odası, çağrı zili, yatağının tanıtılması, - Kahvaltı ve yemek saatleri, - Hasta ve yakınının uyması gereken kuralları, - Ziyaret saatleri ve kuralları, - Telefon kullanımı, - Tuvalet-banyo kullanımı, - Yatak başı hemşire çağrı sistemi kullanımı, - Tuvalet-banyo hemşire çağrı sistemi kullanımı - Hekimin ziyaret saatleri
		S.4.2	Servise yatışı yapılan hastalara hastane kurallarını belirten hatırlatma mesajı SMS ile gönderilmelidir.
		S.4.3	Yatan hastalara tedavi sürecinde aşağıdaki konularda eğitim verilmelidir: - Kullanacağı ilaçlar, - Düşme riski, - Tıbbi cihazların kullanımı, - Beslenme, egzersizler, - El hijyeni - Sigara kullanan hastalara sigarayı bırakma tavsiye eğitimi vb.
		S.4.4	Hasta ve yakınlarına genel sağlık ve taburculuk sonrası bakım hakkında bilgi verilmelidir: - İlaç uygulamaları; ilaçların isimleri, kullanım saatleri ve sıklığı, özellikleri - kullanımlarına yönelik açıklamalar (yemekten önce, sonra vb.),olası yan etkileri, - Diyet ve beslenme biçimi, - Egzersiz ve aktiviteler, - Muhtemel komplikasyonlar ve özel uyarılar, - Kişisel bakım ve temizlik, yara bakımı(pansumanı), - Kontrol tarihi, yeri, acil durumlarda başvurabileceği telefon vb...
		S.4.5	Hasta dosyasında eğitimlerin kayıtları olmalıdır.
28	SERVİS HİZMETLERİ	S.5	Epikriz eksiksiz dolduruluyor mu?
		S.5.1	Epikriz her hastaya eksiksiz doldurulmalı ve bir nüshası hastaya verilmelidir. Epikrizde; a) Yatış sebebi, tanılar ve eşlik eden hastalıklar, b) Önemli fiziksel ve diğer bulgular, c) Uygulanan diagnostik ve iyileştirici işlemler, d) Taburcu sonrası kullanacağı ilaçlar, e) Taburcu edilme esnasındaki sağlık durumu, f) Hastanın taburculuğu sonrası bakımına yönelik bilgilendirme /planlama, g)Sağlık tesisinin iletişim bilgileri bulunmalıdır.
		S.5.2	Taburcu olan hastanın dosyasında, epikrizin hastaya verildiğine dair hasta veya yakınının imzası bulunmalıdır
29	AMELİYATHANE HİZMETLERİ	A.1	Ameliyathane giriş/çıkış koşulları uygun şekilde düzenlenmiş mi?
		A.1.1	Personel ve hasta giriş/çıkışı ayrı olarak düzenlenmelidir.
		A.1.2	Personel girişinin genel kullanım alanları ile doğrudan bağlantısı engellenerek kontrollü geçişi sağlanmalıdır.
		A.1.3	Hastanın ameliyathaneye geliş ve gidişi sağlık personeli eşliğinde olmalıdır.
		A.1.4	Lokal ameliyathane için gelen hastalar da, transfer ve ameliyathane giriş/çıkış kurallarına uymalıdır.
		A.1.5	Lokal anestezi alacak hasta da dâhil olmak üzere, hastalar ameliyathaneye uygun kıyafet ile gelmelidir.
30	AMELİYATHANE HİZMETLERİ	A.2	Ameliyathanede uygun fiziksel koşullar oluşturulmuş mu?
		A.2.1	Ameliyathanenin steril alan yüzeyleri pürüzsüz, gözeneksiz, kolay temizlenebilir, dezenfekte edilebilir nitelikte, derzsiz malzeme ile kaplanmış olmalıdır.
		A.2.2	Ameliyathane personelinin dinlenme odaları steril alan dışında bulunmalıdır.
		A.2.3	Steril alanda, yarı-steril alandan geçiş dışında dışarı açılan hiçbir kapı, pencere vb. unsur bulunmamalıdır.
31	AMELİYATHANE HİZMETLERİ	A.3	Anesteziye ait formlar uygun şekilde dolduruluyor mu?
		A.3.1	Hasta ameliyat öncesi anestezi uzmanı tarafından muayene edilmeli ve anestezi pre-op değerlendirme formu doldurulmalıdır.
		A.3.2	Anestezi güvenlik kontrol listesi doldurulmalıdır.
		A.3.3	Anestezi uygulaması sırasında, hastanın fizyolojik durumu izlenerek, izlem sonuçları anestezi kayıt formuna yazılmalıdır.

SORU SIRA NO	BÖLÜM ADI	SORU KOD	VERİMLİLİK YERİNDE DEĞERLENDİRME SORU LİSTESİ (ADSM VE ADSH)
32	AMELİYATHANE HİZMETLERİ	A.4	Hastanın ameliyathaneden çıkmadan önce ilgili hekim tarafından gerekli kayıtları düzenlenmiş mi?
		A.4.1	Ameliyathanede hekimin post operatif bakım, tedavi planı ve ameliyat notunu yazması için uygun alanda yeterli sayıda bilgisayar bulundurulmalıdır.
		A.4.2	Post operatif bakım ve tedavi planı hasta ameliyattan çıktıktan sonra ve ilgili birime nakledilmeden önce ilgili hekim tarafından yazılmalı; tarih ve zaman belirtilmelidir.
		A.4.3	Post operatif ameliyat notu hasta ameliyattan çıktıktan sonra ve ilgili birime nakledilmeden önce ilgili hekim tarafından yazılmalı; tarih ve saat belirtilmelidir.
		A.4.4	Ameliyat notlarının DHBS 'de tarih, branş ve uzman hekime göre alınabilmesine yönelik düzenleme yapılmalıdır. Uygun olmayan ameliyat notlarının analizi yapılarak gerektiğinde iyileştirme çalışmaları başlatılmalıdır.
33	AMELİYATHANE HİZMETLERİ	A.5	Ameliyathaneden patoloji laboratuvarına materyallerin transferi ile ilgili düzenleme mevcut mu?
		A.5.1	Patoloji laboratuvarına materyallerin transferi ile ilgili yazılı düzenleme oluşturulmalıdır.
		A.5.2	Biyopsi ve doku materyali kapalı saklama kapları ve uygun solüsyon içinde taşınmalıdır. Saklama kabı üzerinde hasta bilgilerini içeren barkod bulunmalıdır.
		A.5.3	Patoloji laboratuvarına gönderilen materyallerin teslim tutanakları (defter, form vb.) teslim eden ve teslim alan kişinin imzası ile kayıt altına alınmalıdır.
34	STERİLİZASYON HİZMETLERİ	ST.1	Sterilizasyon hizmetleri uygun fiziki koşullarda yapılıyor mu?
		ST.1.1	Malzeme akış yönü kirli alandan temiz alana, temiz alandan steril alana doğru ve tek yönlü olmalı, kirli, temiz, steril depolama ve destek alanlar üzere şekillendirilmelidir.
		ST.1.2	Kirli alanda malzemelerin ön temizliği ve dekontaminasyonu yapılmalıdır.
		ST.1.3	Malzemelerin paketlenmesi temiz alanda yapılmalıdır.
		ST.1.4	Kirli ve steril malzeme giriş çıkışı ayrı alanlardan yapılmalıdır.
		ST.1.5	Tüm yüzeyler pürüzsüz, gözeneksiz, kolay temizlenebilir, yıkamaya dayanıklı ve dezenfekte edilebilir nitelikte olmalıdır.
35	STERİLİZASYON HİZMETLERİ	ST.2	Steril edilen malzemeler uygun şekilde depolanıyor mu?
		ST.2.1	Depo alanı toz, nem, haşerat ve yüksek sıcaklık ve rutubete karşı iyi havalandırılabilen özelliklerde olmalıdır. Sıcaklık ve nem değerleri günlük çizelgelerle takip edilmeli, sıcaklık 22 dereceyi, nem %60'ı aşmamalıdır.
		ST.2.2	Sterilizasyon ünitesi deposu, ameliyathane ana deposu vb. bölümlerde, steril malzemeler raflarda; zeminden 30 cm yukarıda, tavadan 50 cm aşağıda ve duvardan 5 cm önde depolanmalıdır.
		ST.2.3	Steril malzemeler "ilk giren ilk çıkar" prensibi ile kullanılmalı, depo ve kullanım alanlarında son kullanım tarihi geçmiş steril malzeme bulunmamalıdır.
		ST.2.4	Steril malzemelerin üzerinde sterilizasyon tarihi, sterilizasyonu yapan cihaz, hangi döngüde yapıldığı, son kullanma tarihi, malzemenin içeriği ile ilgili bilgiler olmalıdır.
36	STERİLİZASYON HİZMETLERİ	ST.3	Sterilizasyon işlemi indikatörler ile kontrol edilerek kayıt altına alınıyor mu?
		ST.3.1	Bowie&Dick testi her gün bir kez işlemlere başlamadan önce yapılmalıdır. Sonucu kayıt altına alınmalıdır.
		ST.3.2	Vakum kaçak testi 1 mbar/dak in altında olduğunda en az haftada bir kez, 1 - 1,3 mbar/dak. arasında olduğunda her gün yapılmalı ve sonuçları kayıt altına alınmalıdır.
		ST.3.3	Biyolojik indikatörler en az haftada bir kez, vücuda implante edilecek cihazların sterilizasyon işleminde ise her yükte kullanılmalıdır. Sonuçları kayıt altına alınmalıdır.
		ST.3.4	Her pakette kimyasal indikatörler kullanılmalıdır.
		ST.3.5	Kullanıcılar tarafından malzemelerin sterilizasyonu ile ilgili uygunsuzluklar kayıt altına alınarak sterilizasyon ünitesine bildirilmelidir. Sterilizasyon ünitesi tarafından analizleri yapılarak gereken önlemler alınmalı ve kayıtları tutulmalıdır.
		ST.3.6	Her hastadan sonra tedavide kullanılan ünit üzerindeki çıkarılabilen başlıklar (aerätör başlığı, anguldruva, kavatron vb.) sterilize edilmelidir.
		ST.3.7	Hava-su sprey başlıkları steril edilmelidir.
		ST.3.8	Sağlık tesisi tarafından yılda 2 kez sterilizasyon hizmetlerinin yapıldığı ünite yerinde değerlendirilerek, sterilizasyon hizmetlerinin uygunluğu kayıt altına alınmalıdır. (Sağlık tesisi dışından hizmet alımı yapan sağlık tesislerinde değerlendirilecektir).
37	STERİLİZASYON HİZMETLERİ	ST.4	Başlık bakım otoklavlarının (DAC) temizlik-bakımları ve indikatör takipleri yapılıyor mu?

SORU SIRA NO	BÖLÜM ADI	SORU KOD	VERİMLİLİK YERİNDE DEĞERLENDİRME SORU LİSTESİ (ADSM VE ADSH)
		ST.4.1	DAC cihazları ,sağlık tesisindeki sterilizasyon ünitelerinde veya kliniklerde bulunmalıdır.
		ST.4.2	DAC cihazlarının temizlik ve bakımları yapılarak kayıt altına alınmalıdır.
		ST.4.3	Sağlık tesisinde kullanılan başlıkların (aceratör, mikromotor, anguldruva vb) klinik ve sterilizasyon ünitesine teslim edildiğine dair hekim bazlı kayıtları olmalıdır.
		ST.4.4	DAC cihazlarında kullanılan günlük ve haftalık indikatörün sonuçları kayıt altına alınmalıdır.
		ST.4.5	Tüm kayıtların sonuçları enfeksiyon komitesi tarafından değerlendirilmeli ve uygunsuzluklar olması durumunda iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.
38	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.1	Sağlık tesisindeki hizmet birimleri ile periyodik değerlendirme toplantıları yapılıyor mu?
		GD.1.1	Sağlık tesisi üst yönetimi; ilgili meslek ve hizmet grupları ile ayrı ayrı olmak üzere yılda iki kez periyodik değerlendirme toplantıları yapmalı ve toplantı sonuçları kayıt altına alınmalıdır.
		GD.1.2	Sağlık tesisinde üst yönetim kendi arasında ve kendilerine bağlı birimlerin sorumluları ile en az ayda bir kez periyodik değerlendirme toplantıları yapmalı ve toplantı sonuçları kayıt altına alınmalıdır.
		GD.1.3	Toplantıda belirlenen uygunsuzluklara yönelik iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.
39	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.2	Sağlık tesisinde bulunan her bir bölüm için “İzleme ve Değerlendirme Kriterleri” oluşturulmuş mu?
		GD.2.1	Sağlık tesisinde bulunan her bir bölüm/birim için “İzleme ve Değerlendirme Kriterleri” oluşturulmalıdır.
		GD.2.2	Tüm bölümlerin değerlendirmesi yılda en az iki kez olmak üzere bir plan dâhilinde gerçekleştirilmeli, kayıt altına alınmalı ve gerekli ise iyileştirici çalışmalar başlatılmalıdır.
40	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.3	Sağlık tesisinde mesai dışı zamanlarda “Sağlık tesisinin hizmet sunumunun değerlendirmesi” yapılıyor mu?
		GD.3.1	Sağlık tesisinde mesai dışı zamanlarda hizmet sunumu değerlendirmesi; yönetim veya yönetimin uygun gördüğü yönetimi temsil niteliğine sahip kişiler tarafından; üç ayda bir (en az bir değerlendirme haftasonu ve diğeri ise hafta içi nöbet hizmetleri yoğunluğunun fazla olduğu akşam saatlerinde olmak üzere) yapılmalı ve kayıt altına alınmalıdır.
		GD.3.2	Hizmet sunumu değerlendirmesi sırasında tespit edilen sorunlar ve eksiklikler ile ilgili iyileştirme çalışmaları başlatılmalıdır.
41	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.4	Çalışanların motivasyon düzeyini, memnuniyet oranını ve kurumsal aidiyetini arttırıcı faaliyetler düzenleniyor mu?
		GD.4.1	Sağlık tesisinde çalışanların memnuniyeti ve motivasyonunu artırmak, kurum kültürünü yerleştirmek, kurumsal aidiyet duygusunu geliştirmek için üst yönetim ile çalışanlar arasındaki iletişim ve işbirliğini arttırıcı çalışmalar yapılmalıdır.
		GD.4.2	Sağlık tesisi çalışanlarına memnuniyet anketleri yapılmalı, öneri ve şikayetleri yönetim tarafından değerlendirilmeli, gerekirse iyileştirme çalışmaları başlatılmalıdır.
		GD.4.3	Sağlık tesisinde görev yapan personele ait giyinme ve dinlenme odaları bulunmalı ve dinlenme odalarında asgari olarak; el yıkama lavabosu, buzdolabı, oturma alanları (sandalye, koltuk, sehpa vb.), televizyon, telefon, kişiye özel eşya dolabı ve mahremiyete uygun giyinme alanları oluşturulmalıdır.
42	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.5	Sağlık tesisinde eğitimle ilgili gerekli düzenlemeler yapılıyor mu?
		GD.5.1	Eğitim birimi oluşturulmalı ve sorumluları belirlenmelidir.
		GD.5.2	Kuruma yeni başlayan personele bir hafta içinde genel uyum eğitimleri verilmelidir.
		GD.5.3	Çalışanlara verilen genel ve bölüm uyum eğitiminin kayıtları olmalıdır.
		GD.5.4	Sağlık tesisinde yıllık hizmet içi eğitim planı yapılmalı ve eğitimler plana uygun olarak gerçekleştirilmelidir.
		GD.5.5	Sağlık tesisinde CPR eğitimi CPR sertifikasyon eğitimini almış personel veya anesteziyoloji ve reanimasyon/yoğun bakım/kardiyoloji uzman hekimlerince verilmelidir.
43	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.6	İş sağlığı ve güvenliği ile ilgili çalışmalar yapılıyor mu?
		GD.6.1	İş sağlığı ve güvenliği ile ilgili çalışmalarda bulunmak üzere iş sağlığı ve güvenliği kurulu oluşturulmalı, kurul üyelerinin mevzuata uygun görevlendirmeleri olmalıdır.
		GD.6.2	İş sağlığı ve güvenliği kurulu ADSM’lerde iki ayda bir, ADSH’larda her ay toplanmalı ve toplantı kayıtları olmalıdır.
		GD.6.3	Çalışanlara mevzuata uygun iş sağlığı ve güvenliğini ilgilendiren ADSM’lerde iki yılda en az 12 saat, ADSH’larda yılda en az 16 saat olmak üzere eğitimler verilmeli ve eğitimlerin kayıtları olmalıdır.
		GD.6.4	Çalışma ortamının ve çalışanların sağlık ve güvenliğini sağlama, sürdürme ve geliştirme amacı ile iş sağlığı ve güvenliği yönünden ADSM’lerde 4 yılda, ADSH’lerde ise en geç iki yılda bir risk değerlendirmesi yapılmalı ve kayıtları bulunmalıdır.

SORU SIRA NO	BÖLÜM ADI	SORU KOD	VERİMLİLİK YERİNDE DEĞERLENDİRME SORU LİSTESİ (ADSM VE ADŞH)
		GD.6.5	Bölüm bazında belirlenen riskler ve uzman hekimlerin görüşleri doğrultusunda tüm personele yönelik sağlık tarama programı hazırlanmalı, bu program doğrultusunda sağlık taramaları yapılmalıdır. Sağlık tarama sonuçlarının kayıtları olmalıdır.
		GD.6.6	Sağlık tarama zamanı yaklaşan personele SMS veya e-posta ile bilgilendirme yapılmalıdır.
		GD.6.7	Sağlık tesisi personeli , yapılan sağlık tarama testlerinin sonuçları hakkında (varsa işyeri hekimi tarafından) bilgilendirilmeli, düzenlenecek belgelerde bilgilendirildiğine dair imzası bulunmalıdır.
44	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.7	Sağlık tesisinde güvenliği sağlamak amacıyla kamera takip sistemi kurulmuş mu?
		GD.7.1	İlgili bölümlerde güvenliği sağlamak amacıyla kamera takip sistemi kurulmalıdır.
		GD.7.2	Kamera sisteminin görüş alanları hasta ve personel mahremiyeti göz önüne alınarak hastanın muayene ve tedavi edildiği alanların dışındaki alanları kapsamalıdır.
		GD.7.3	Güvenlik kamera kayıtları en az 2 ay süre ile saklanmalıdır.
45	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.8	Sağlık tesisinde acil afet yönetimine ait düzenleme var mı?
		GD.8.1	ADSM'ler Acil durum planlarını, ADŞH 'ler hastanenin güncel yıllık Hastane Afet Planını hazırlamalıdır. Planlar İl Sağlık Müdürlüğü tarafından onaylanmalıdır.
46	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.9	Sağlık tesisinin Yangın Yönetmeliğine uygunluğu değerlendirilmiş mi?
		GD.9.1	Sağlık tesisinin Yangın Yönetmeliğine uygun olup olmadığına dair ilgili İtfaiye Müdürlüğü'nden alınan değerlendirme raporu bulunmalıdır.
		GD.9.2	Sağlık tesisi yönetimi tarafından değerlendirme raporunda olumsuz bulunan koşullar ile ilgili iyileştirme çalışmaları başlatılmalıdır.
47	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.10	Bilgi Yönetim Sistemi ile ilgili düzenlemeler yapılıyor mu?
		GD.10.1	Bilgi güvenliğinden sorumlu bir ekip oluşturulmalıdır.
		GD.10.2	Sunucuların güvenliğini sağlamaya yönelik fiziksel düzenleme yapılmalıdır.
		GD.10.3	Sağlık tesisinde Dış Hekimliği Bilgi Sistemi (DHBS) üzerinde, hasta bilgilerine ilgisiz ve yetkisiz kişilerin erişimini engelleyecek düzenlemeler ile bilgisayar kullanıcılarının hangi alanlara ulaşabileceğine dair yetki tanımlaması yapılmalı ve uygulanmalıdır. Yetki ve erişim, hastaneye yeni gelen ve ayrılan çalışanları da kapsamalıdır.
		GD.10.4	Veri paylaşımı yapılan firmalar ile (DHBS, Laboratuvar hizmet alımları, Görüntüleme hizmet alımları vb) " Kurumsal Gizlilik Sözleşmesi" yapılmalıdır.
		GD.10.5	Sağlık tesisinde 657 sayılı Devlet Memurları Kanununa tabi personele "Bilgi Güvenliği Farkındalık Bildirgesi" tebliğ edilmeli, kuruma ait gizli bilgilere erişim ihtiyacı olan diğer personel ile "Personel Gizlilik Sözleşmesi" yapılmalıdır.
		GD.10.6	Bilgi Güvenliği ve mahremiyetine yönelik sağlık tesisi çalışanlarına eğitim verilmeli, kayıtları tutulmalı ve DHBS uygulamaları ve güncelleştirmeleri hakkında çalışanlara bilgilendirme yapılmalıdır.
		GD.10.7	Bilgi Güvenliği ile ilgili risklerin planlanması yapılmalıdır.
		GD.10.8	DHBS üzerindeki verilerin yedeklemesi yapılmalıdır.
		GD.10.9	DHBS 'ne izinsiz erişimler engellenmelidir.
		GD.10.10	DHBS'de kesinti süreleri, nedenleri ve arıza durumları kayıt altına alınmalı ve gerekli ise iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.
		GD.10.11	DHBS 'de parola güvenliğine yönelik düzenleme yapılmalıdır.
		GD.10.12	DHBS üzerinde Teknik Servis Yönetim modülü oluşturulmalı, arıza ve tamirlere ilişkin süreçlerin yönetimi bu modül üzerinden yapılmalıdır.
		GD.10.13	DHBS üzerinde oluşturulan "Personel Yönetim modülü"nde çalışan personelin TC kimlik numarası, unvanı, çalıştığı birim, varsa sertifikası, iletişim bilgileri (telefon , mail vb.) güncel olmalıdır.
48	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.11	Sağlık tesisinin web sitesinde verilen hizmetler hakkında bilgi veriliyor mu?
		GD.11.1	Sağlık tesisinin web sitesindeki bilgileri güncel olmalıdır.
		GD.11.2	Sağlık Bakanlığının koruyucu sağlık ve sağlığın geliştirilmesine yönelik etkinlikleri web sitesinde paylaşılmalıdır.
		GD.11.3	Kurum sosyal medyasında, etik ve kamu kuralları dahilinde hizmet birimleri ve amaca uygun olay ve etkinlikler paylaşılmalı ve son paylaşım tarihleri kontrol edilmelidir.

SORU SIRA NO	BÖLÜM ADI	SORU KOD	VERİMLİLİK YERİNDE DEĞERLENDİRME SORU LİSTESİ (ADSM VE ADSH)
		GD.11.4	Sağlık tesisinin web sitesinde en sık ziyaret edilen sayfalar analiz edilmelidir.
49	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.12	Arşivin fiziki koşulları ve işleyişine yönelik düzenlemeler yapılmış mı?
		GD.12.1	Arşivde yangın, hırsızlık, rutubet, su baskını, toz ve her türlü hayvan ve haşaratın tahripine karşı tedbirler alınmalıdır.
		GD.12.2	Arşivde dosya yerleşim planı olmalıdır.
		GD.12.3	Yangın söndürme cihazları yangın talimatı çerçevesinde çalışır durumda bulundurulmalı ve kolay erişilebilir olmalıdır.
		GD.12.4	Arşive kabul edilen dosyaların teslim alındığına dair kayıtlar tutulmalı ve dosyaların arşive yerleştirilmesi uygun şekilde yapılmalıdır.
50	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.13	Hizmet sunulan tüm alanlarda hasta mahremiyetine yönelik düzenlemeler yapılmış mı?
		GD.13.1	Nöbet hizmeti, poliklinikler, bebek emzirme, servis, görüntüleme vb. alanlarda hastanın fiziksel, tıbbi, sosyal, psikolojik ve bilgi mahremiyetini sağlamaya yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
51	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.14	Hasta memnuniyetine yönelik düzenleme ve analizler yapılıyor mu?
		GD.14.1	Sağlık tesisinde, hasta ve yakınları için talep ve önerilerini bildirecekleri düzenlemeler yapılmalı, talep ve öneriler yönetim tarafından değerlendirilmeli, analizleri yapılarak gerekirse iyileştirme çalışmaları başlatılmalıdır.
52	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.15	Hastalara kimlik doğrulaması yapılıyor mu?
		GD.15.1	Sağlık tesisine kabulünden itibaren yapılacak tüm işlemlerde (hasta kayıt, muayene, tanı, tedavi vb.) hastalara kimlik doğrulaması yapılmalıdır.
53	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.16	Yaşlı ve yürüyemeyen hastalar için yeterli sedye ve tekerlekli sandalye mevcut mu?
		GD.16.1	Yaşlı ve yürüyemeyen hastalar için ilgili bölümlerde hasta sayısı göz önünde bulundurularak yeterli sayıda ve uygun niteliklerde sedye ve tekerlekli sandalye bulunmalıdır.
54	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.17	Evde sağlık hizmetinin sunumuna yönelik düzenleme yapılmış mı?
		GD.17.1	Evde sağlık hizmetlerinin yürütülebileceği bir birim oluşturulmalıdır.
		GD.17.2	Evde Sağlık Hizmetleri Biriminin tescilli olmalıdır.
		GD.17.3	Evde Sağlık Hizmetlerini yürütmek üzere oluşturulan ekiplerde Evde Sağlık Hizmetleri Yönetmeliğinde belirtilen özelliklerde personel görev yapmalıdır.
		GD.17.4	Evde Sağlık Hizmeti Birimine sadece bu hizmete tahsisli ulaşım aracı ve şoför sağlanmalıdır.
		GD.17.5	Evde sağlık hizmeti verileri DHBS 'de oluşturulacak "Yönetici Takip Ekranı" ile takip edilmelidir.
		GD.17.6	Sağlık tesisinin web sitesinden evde sağlık hizmeti konusunda bilgilendirme yapılmalıdır.
55	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.18	Sağlık tesisinde mevzuata uygun Atık Yönetim Planı oluşturulmuş mu?
		GD.18.1	Sağlık tesisinde mevzuata uygun Çevre ve Şehircilik İl Müdürlüğü tarafından onaylanmış Atık Yönetim Planı hazırlanmalı ve tıbbi atıkların toplanması, taşınması ve bertarafı amacıyla ilgili belediye ile protokol yapılmalıdır.
		GD.18.2	Sağlık tesisi günlük 1 kilogramdan fazla tıbbi atık üretmesi durumunda tıbbi atıklarını Ulusal Atık Taşıma Formu (UATF) veya MOTAT sistemi ile günlük 1 kilografa kadar tıbbi atık üretmesi durumunda ise tıbbi atık alındı belgesi/makbuzu kullanarak teslim etmelidir.
56	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.19	Atık yönetimi kapsamında kaynağında ayrıştırma işlemi uygun yapılıyor mu?
		GD.19.1	Atıklar; Belediye Atığı (Evsel ve diğer), Ambalaj atık, Tıbbi Atık (Enfeksiyöz ve Kesici-Delici), Patolojik Tıbbi Atık, Tehlikeli Atık ve Radyoaktif Atık olmak üzere birbiriyle karıştırmadan kaynağında ayrıştırılarak ayrı toplanmalıdır.
57	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.20	Tıbbi atıkların ünite içinde taşınma işlemi uygun yapılıyor mu?
		GD.20.1	Tıbbi atık torbaları ünite içinde tekerlekli, kapaklı, paslanmaz metal, plastik veya benzeri malzemeden yapılmış, yükleme-boşaltma esnasında torbaların hasarlanmasına veya delinmesine yol açabilecek keskin kenarları olmayan, yüklenmesi, boşaltılması, temizlenmesi ve dezenfeksiyonu kolay ve sadece bu iş için ayrılmış araçlar ile toplanmalı ve taşınmalıdır.
		GD.20.2	Tıbbi atıklar ile evsel nitelikli atıklar aynı araca yüklenerek birlikte taşınmamalıdır. Atık taşıma araçları her gün düzenli olarak temizlenmeli ve dezenfekte edilmelidir. Ayrıca araçların içinde herhangi bir torbanın patlaması veya dökülmesi durumunda atıklar güvenli olarak boşaltılmalı, dökülen sıvılar uygun emiciler ile emildikten sonra taşıma aracı ivedilikle dezenfekte edilmelidir.

SORU SIRA NO	BÖLÜM ADI	SORU KOD	VERİMLİLİK YERİNDE DEĞERLENDİRME SORU LİSTESİ (ADSM VE ADŞH)
		GD.20.3	Tıbbi atıkların toplanması ile ilgili personele ait özel giysiler ve koruyucu ekipman (Tıbbi atık taşıma eldiveni, koruyucu gözlük, maske, çizme ve yedeği olan özel koruyucu turuncu renkli elbise) bulundurulmalı ve temiz olmalıdır. Temizlik ekipmanları, koruyucu giysiler, atık torbaları ve taşıma araçları geçici atık deposuna yakın bir yerde bulundurulmalıdır.
		GD.20.4	Tıbbi atık taşıma personeline tıbbi atık yönetimi ile ilgili eğitim verilmeli ve eğitimin alındığına dair kayıtlar olmalıdır.
58	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.21	Tıbbi atık yönetimi kapsamında geçici depolama işlemi uygun yapıyor mu? (GÜNLÜK 50 KG'DAN FAZLA TIBBİ ATIK ÜRETEN VE/VEYA TIBBİ ATIĞI +4 °C'DE 2 GÜNDEN FAZLA BEKLETEN SAĞLIK TESİSLERİNDE DEĞERLENDİRİLECEKTİR.)
		GD.21.1	Depo hacmi sağlık tesisinin en az iki günlük, +4°C soğutulması durumunda ise en fazla bir haftalık atığını alabilecek boyutta olmalıdır. Tıbbi atık deposunun yeterli bir aydınlatma ve soğutulmayan depolarda pasif havalandırma sistemi bulunmalı, sıcak bölgelerde depo özel olarak soğutulmalı ve tıbbi atığın 1 haftaya kadar bekletilmesi durumda ısı takip çizelgesi doldurulmalıdır.
		GD.21.2	Tıbbi atık depo kapıları dışarıya doğru açılmalı veya sürgülü yapılmalı, kullanımları dışında daima kapalı ve kilitli tutulmalıdır. Tıbbi atıkların konulduğu bölmenin kapısı turuncu renge boyanmalı, üzerinde görülebilecek şekilde ve siyah renkli "Uluslararası Biyotehlike" amblemi ile siyah harfler ile yazılmış "DİKKAT! TIBBİ ATIK" ibaresi bulunmalıdır.
		GD.21.3	Deponun temizliği ve dezenfeksiyonu uygun dezenfektan kullanılarak yapılmalı, depoda ızgaralı drenaj sistemi ve su musluğu bulunmamalıdır. Tıbbi atık deposunun günlük temizlik ve dezenfeksiyonu yapıldıktan sonra temizlik ve dezenfeksiyon takip çizelgesi doldurulmalıdır.
59	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.22	Tıbbi atık yönetimi kapsamında geçici depolama işlemi uygun yapıyor mu?(GÜNLÜK 50 KG'DAN AZ TIBBİ ATIK ÜRETEN VE TIBBİ ATIĞI 2 GÜNDEN FAZLA BEKLETMEYEN SAĞLIK TESİSLERİNDE DEĞERLENDİRİLECEKTİR)
		GD.22.1	Tıbbi Atık Konteynerleri ünitenin en az iki günlük tıbbi atığını alabilecek boyutta ve sayıda, hacmi en az 0.8 m3, paslanmaz metal, plastik veya benzeri malzemeden yapılmış, tekerlekli, kapaklı, kapakları kilitlenebilir olmalı ve başka maksatla kullanılmamalıdır.
		GD.22.2	Tıbbi Atık Konteynerlerinin iç yüzeyleri yükleme-boşaltma sırasında torbaların hasarlanmasına veya delinmesine yol açabilecek keskin kenarlar ve dik köşeler içermemeli; dış yüzeyleri turuncu renkte olmalı, üzerlerinde görülebilecek uygun büyüklükte ve siyah renkli "Uluslararası Biyotehlike" amblemi ile siyah harfler ile yazılmış "DİKKAT! TIBBİ ATIK" ibaresi bulunmalıdır.
		GD.22.3	Tıbbi Atık Konteynerleri, daima temiz ve boyanmış durumda olmalı, atıkların boşaltılmasını müteakiben her gün veya konteynerin içinde torbanın patlaması veya dökülmesi gibi herhangi bir kaza durumunda hemen temizlenmeli ve dezenfekte edilmelidir.
60	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.23	Evsel atık geçici depolama işlemi uygun yapıyor mu?(Yeraltı çöp konteyner sistemi bulunan / evsel atığı konteynerine koyan tesisler için bu sorunun 1. ve 2. unsurları muafır)
		GD.23.1	Evsel atık deposunun kapısında görülebilecek şekilde siyah renkle "Evsel Atık Deposu" ibaresi bulunmalı, deponun zemini, tavanı, duvarı kırık ve çatlak olmamalı, yeterli aydınlatma olmalı ve deponun pasif havalandırma sistemi bulunmalıdır.
		GD.23.2	Evsel atık deposunda atıkların tamamen boşaltılmasını müteakiben zemini, tavanı ve duvarı temizlenmelidir. Temizlik için, depo içinde veya yakınında basınçlı su musluğu ve suyun gidebileceği kanalizasyona bağlı ızgaralı drenaj sistemi bulunmalıdır.
		GD.23.3	Cam, plastik, kağıt, metal gibi ambalaj atıklar, kaynağında ayrı ve üzerinde "Ambalaj Atığı" veya "Kağıt Atık", "Plastik Atık", "Cam Atık" ibaresi yazılı plastik veya su geçirirmeyen kartondan yapılmış kutular içinde toplanmalıdır.
61	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.24	Tehlikeli atıkların yönetimi uygun yapıyor mu?
		GD.24.1	"Tehlikeli madde kalıntıları içeren veya tehlikeli maddelerle kontamine olmuş ambalajlar, Tehlikeli maddeler içeren ya da tehlikeli maddeler ile kontamine olmuş ahşap, cam ve plastikler, Amalgam atıkları, Kartuş ve tonerler, Flourosan ve diğer cıva içeren atıklar, Tehlikeli maddeler ile kirlenmiş emiciler, filtre malzemeleri, temizleme bezleri, koruyucu giysi, Elektrik ve elektronik ekipman atıkları, Eski aküler, Tehlikeli maddelerle kontamine olmuş metal atıkları, Yağ katran ve diğer maddeler içeren kablolar, Kullanılmış (mum) parafin ve yağlar, Röntgen banyo suları ve piller, Etilen oksit kartuşları gibi Atık Yönetimi Yönetmeliği Ek-4 atık listesinde yer alan diğer tehlikeli atıklar, diğer atıklardan kaynağında ayrı toplanmalıdır.
		GD.24.2	Tehlikeli atıklar, tesis ve binalardan uzakta beton saha üzerine yerleştirilmiş sağlam, sızdırmaz (zemin ve çatı izolasyonuna sahip), emniyetli uygun depo içerisinde, geçici olarak muhafaza edilmeli ve taşınabilir yangın söndürme tüpü olmalıdır.
		GD.24.3	Tehlikeli atık kaplarının üzerinde tehlikeli atık ibaresi, atık kodu, depolanan atık miktarı ve depolama tarihi bulunmalı, birbirleriyle reaksiyona girmeyecek şekilde depolanmalıdır.
		GD.24.4	Geçici depolanan tehlikeli atıklar Ulusal Atık Taşıma Formu veya MOTAT sistemi ile lisanslı taşıma/bertaraf firmasına teslim edilmelidir.
		GD.24.5	Her yıl ocak ve mart ayları arasında Tehlikeli Atık Beyan Sistemine (TABS) bir önceki yılın atık beyanı (Tıbbi, Tehlikeli, Bitkisel Atıklar) yapılmalı ve beyan 5 yıl saklanmalıdır.
62	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.25	Atıklar birim bazında tartılıyor mu?
		GD.25.1	Tehlikeli ve tıbbi atık torbalarında karışıklığa sebep olmayacak şekilde, hangi birimden geldiğini belirten etiket bulunmalı, tehlikeli ve tıbbi atıklar birim bazında (birimde veya atık deposunda) tartılmalı, tartı sonucu, DHBS otomasyonunda oluşturulan "Atık Modülüne" kaydedilmelidir.

SORU SIRA NO	BÖLÜM ADI	SORU KOD	VERİMLİLİK YERİNDE DEĞERLENDİRME SORU LİSTESİ (ADSM VE ADSH)
		GD.25.2	Tehlikeli ve tıbbi atık miktarı için birim bazında dönemsel analizleri yapılmalıdır. Tehlikeli ve tıbbi atık miktarı için yapılan analiz sonuçları değerlendirilerek gerekli ise eğitim veya düzenlemeler yapılmalıdır.
63	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.26	Nöbet hizmeti süresince güvenlik hizmeti veriliyor mu?
		GD.26.1	Sağlık tesisinde aktif çalışan hekim sayısı ile uyumlu nöbet hizmeti verilmelidir.
		GD.26.2	Güvenlik hizmeti sağlık tesisi girişine hâkim, uygun alanda konumlandırılmalı ve güvenlik personeli ile 24 saat hizmet verilmelidir.
		GD.26.3	Kamera sistemi sağlık tesisi giriş ve çıkışları da dahil olmak üzere hasta ve personel mahremiyeti göz önüne alınarak hastanın muayene ve tedavi edildiği alanların dışındaki tüm alanları kapsamalıdır.
		GD.26.4	Tıbbi işlemlerin gerçekleştiği alanlara erişim görevli personel dışındaki ilgisi olmayan kişiler için kısıtlanmalıdır.
64	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.27	Nöbet hizmetlerinin müracaat oranları takip ediliyor mu?
		GD.27.1	Sağlık tesisinde nöbet hizmetleri başvuru yoğunluğu yönetim tarafından aylık olarak takip edilmelidir.
65	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.28	Verimlilik gözlemcisi bilgi notunda bulunan TSİM verileri ile sağlık tesisi verileri uyumlu mu?
		GD.28.1	Verimlilik gözlemcisi bilgi notunda bulunan TSİM verileri ile sağlık tesisi verileri uyumlu olmalıdır.
66	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.29	Fazla mesai, nöbet ücreti vb. işlemlere esas çalışma listelerinin takibi yapılıyor mu?
		GD.29.1	Mesai ve nöbet takip sistemi DHBS üzerinde oluşturulmalı, personel çalışma listeleri (nöbet, fazla mesai gibi işlemler dahil) bu ekrandan takip edilmelidir.
		GD.29.2	Personel nöbet ve fazla mesai ücretleri aylık tablolar halinde takip edilmeli, normalden sapmalar analiz edilmelidir.
67	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.30	Sağlık tesisinde faturaların ve gelirlerin takibi ve analizi uygun olarak yapılıyor mu?
		GD.30.1	DHBS üzerinden kesilmeyen/kesilemeyen fatura tutarları brans bazında aylık olarak takip edilmelidir.
		GD.30.2	DHBS üzerinden kesilen fatura tutarları bölüm bazında aylık olarak takip edilmelidir.
		GD.30.3	Tahsil edilemeyen fatura tutarlarının hangi kurumlara ait olduğu aylık olarak takip edilmelidir.
		GD.30.4	Sağlık tesisinde yerleşim mekanına (merkez bina, ek bina, semt poliklinikleri, vb.) göre kesilen faturaların aylık takibi yapılmalıdır.(Ek yerleşim mekanı olan sağlık tesislerinde değerlendirilecektir)
		GD.30.5	Sağlık tesisinde ayakta ve yatan hasta gelirlerinin takibi (klinik, poliklinik,nöbet hizmetleri, servis vb) aylık olarak yapılmalıdır.
		GD.30.6	Analiz sonuçları DHBS’de oluşturulacak “Yönetici Takip Ekranı” ile takip edilmelidir.
68	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.31	Sağlık tesisinde yapılan ek ödemeye esas girişimsel işlemlerin takibi ve analizi yapılıyor mu?
		GD.31.1	Sağlık tesisinde yapılan ek ödemeye esas girişimsel işlemlerin takibi ve analizi yapılmalıdır.
		GD.31.2	Ek ödemede: her bir brans/klinik, kişi ve tetkik sayısı aylık tablolar halinde takip edilmeli ve belirgin fark olanlar gerçeklik, işlemlerin aldığı süre açısından analiz edilmelidir.
69	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.32	Sağlık tesisinde adli sürece dahil olmuş dava dosyalarının analizi yapılıyor mu?
		GD.32.1	Sağlık tesisinde yıllık olarak adli sürece dahil olmuş dava türleri ve yoğunlaştığı alanların analizi yapılmalı ve yönetim tarafından gerekli hallerde iyileştirme çalışmaları başlatılmalıdır.
70	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.33	Sağlık tesisinde gerçekleşen ameliyathane ile ilgili verilerin takibi ve analizi yapılıyor mu?
		GD.33.1	Sağlık tesisinde ameliyathane ve cerrahi kliniğinde işlem yapan her bir hekimin yaptığı “işlem sayısı” aylık olarak takip edilmelidir.
		GD.33.2	Sağlık tesisi tarafından ameliyat masası başına düşen işlem sayısı aylık olarak takip edilmelidir.
		GD.33.3	Ameliyat randevuları DHBS üzerinden verilmeli ve ameliyat bekleyen hastaların listesi DHBS üzerinden izlenebilir olmalıdır.
		GD.33.4	Ameliyatı ertelenen ve iptal edilen hastaların analizi yapılmalıdır.
		GD.33.5	Cerrahi poliklinikler ve ameliyathane işlem sayıları, DHBS ’de oluşturulacak “Yönetici Takip Ekranı”ile takip edilmelidir.

SORU SIRA NO	BÖLÜM ADI	SORU KOD	VERİMLİLİK YERİNDE DEĞERLENDİRME SORU LİSTESİ (ADSM VE ADSH)
71	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.34	Sağlık tesisinde yapılan dolgu sayılarının takibi ve analizi yapılıyor mu?
		GD.34.1	Sağlık tesisinde yapılan dolgu sayıları ve tekrarlanan dolgu sayıları DHBS 'de oluşturulacak "Yönetici Takip Ekranı" ile takip edilmelidir.
72	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.35	Sağlık tesisinde yapılan diş çekim sayılarının takibi ve analizi yapılıyor mu?
		GD.35.1	Sağlık tesisinde yapılan diş çekimi oranları ile kanal tedavisi sonrası çekilen diş oranları DHBS 'de oluşturulacak "Yönetici Takip Ekranı" ile takip edilmelidir.
73	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.36	Dijital hastane geçiş süreci ile ilgili asgari düzenlemeler yapılıyor mu?
		GD.36.1	Görevli hekim poliklinik hizmet sürecinde hastalara ait tıbbi bilgilere DHBS ekranında bulunan e-Nabız butonu üzerinden erişim sağlayabilmelidir.
		GD.36.2	E-Nabız butonu SBSGM tarafından yayımlanan standartlara uygun olmalıdır.
		GD.36.3	Hastalara ait görüntüleme verilerine PACS üzerinden erişim sağlanmalıdır.
74	ECZACILIK HİZMETLERİ	EH.1	Sağlık tesisinde ilaçlar ve tıbbi sarf malzemeler konusunda; sağlık personellerine eczacı tarafından eğitim verilmiş mi? (Sağlık tesisinde eczacının olmadığı durumlarda İl Sağlık Müdürlüğünde veya bağlı sağlık tesislerinde çalışan eczacı tarafından eğitim verilmelidir.)
		EH.1.1	İlaç ve tıbbi sarf malzemeler konusunda sağlık tesisinde ilgili sağlık personeline eczacı tarafından eğitim planı hazırlanarak eğitim verilmeli, eğitimlerin dokümanları ve kayıtları olmalıdır. Asgari olarak aşağıda belirtilen konularda eğitim verilmelidir; *Akılcı ilaç kullanımı, *İlaçların stabilitesi, *İlaç geçimsizliği, *İlaç-ilaç etkileşimi, ilaç-besin etkileşimi, *Yüksek riskli ilaçlar ve kullanımında dikkat edilmesi gereken hususlar, *Tehlikeli ilaçların güvenli uygulamaları, *İlaçlarda advers etki ve advers etki bildirimini, *Bölünebilir ve ezilebilir ilaçlar, *Tıbbi sarf malzemelerinde olumsuz olay ve olumsuz olay bildirimini, *İlaç hazırlama teknikleri, *Özel saklama koşullarına sahip ilaçlar (soğuk zincire tabi ilaçlar, ışıktan korunması gereken ilaçlar, vb.), *İlaç ve tıbbi sarf malzeme depolama koşulları, *Akılcı antibiyotik kullanımı.
		EH.1.2	Sağlık tesisinde ilaç ve tıbbi malzeme depo sorumluluk alanlarında çalışan personele eczacı tarafından ilaç - tıbbi sarf malzeme güvenliği ve yönetimi konusunda eğitim planı hazırlanarak eğitim verilmeli, eğitimlerin dokümanları ve kayıtları olmalıdır.
		EH.1.3	Eczanede hastabaşı ilaç hazırlamada görevli personel en az lise mezunu, sağlık personeli ve tercihen eczane teknisyenliği sertifikası olan personel olmalıdır.
75	ECZACILIK HİZMETLERİ	EH.2	İlaçlarda advers etki bildirimini ile ilgili sorumlu belirlenmiş mi ve advers etki bildirimini Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan Advers Etki Bildirimi Talimatına uygun yapılıyor mu?
		EH.2.1	Sağlık tesisindeki ilaç güvenliğinin sağlanması için farmakovijilans sorumlusu belirlenmelidir. Farmakovijilans sorumlusu Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu (TİTCK) tarafından ilgili konuda düzenlenen "Online Eğitimi" tamamlayarak katılım belgesi almış olmalıdır. Advers etki bildirimine Advers Etki Bildirimi Talimatı doğrultusunda yapılmalıdır.
76	ECZACILIK HİZMETLERİ	EH.3	Diş Hekimliği Bilgi Sistemi'nde (DHBS) ilaç ve tıbbi sarf malzeme yönetimine yönelik düzenlemeler oluşturulmuş mu?
		EH.3.1	Kullanım süresi 6 ay kalan ilaç ve tıbbi sarf malzemeleri için Diş Hekimliği Bilgi Sistemi (DHBS) uyarı verilmelidir.
		EH.3.2	Diş Hekimliği Bilgi Sistemi (DHBS) eczane modülünde özellikli birimlerin (Nöbet hizmetleri, ameliyathane vs) ilaç ve tıbbi sarf malzemelerin stok miktarları ve tutarları görülebilmelidir.
		EH.3.3	Diş Hekimliği Bilgi Sistemi'nde (DHBS) 'de özellikli birimler için geçmiş tüketim verileri göz önüne alınarak 5 günlük ilaç ve tıbbi sarf malzemesi tüketim miktarları belirlenmelidir. Sistem özellikli birimlerden yapılan toplu istemlerde ilgili değerleri göz önünde alınarak yönlendirme yapılmalıdır.
		EH.3.4	Diş Hekimliği Bilgi Sistemi'nde (DHBS) 'de son 2 ayda tüketimi olmayan veya tüketimi az olan ilaç ve tıbbi sarf malzemeler tespit edilebilmeli ve rapor alınabilmelidir. Bu ilaç ve tıbbi sarf malzemelerin tüketilmeme sebepleri araştırılmalı ve gerekli önlemler alınmalıdır.
77	ECZACILIK HİZMETLERİ	EH.4	İlaç hazırlama ünitelerinde birbirine karıştırılmaması gereken ilaçlar ile ilgili gerekli önlemler Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan "Geçimsizliği Talimatı" uygun alınmış mı?
		EH.4.1	Eczacı tarafından özellikli birimlerde (Nöbet hizmet alanı, ameliyathane vs) ve servislerde kullanılmak üzere ilaç geçimsizliği listesi hazırlanmalıdır. Hazırlanan listeler güncel tutulmalıdır. İlaç geçimsizlikleri ile ilgili görsel uyarı ve bilgilendirme dokümanları bulunmalı, geçimsizlik tespit edildiği durumlarda gerçekleştirilecek işlemler bilinmelidir.
78	ECZACILIK HİZMETLERİ	EH.5	Yüksek riskli ilaçların yönetimi Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan "Yüksek Riskli İlaçların Yönetimi Talimatına" uygun yapılıyor mu?
		EH.5.1	Yüksek riskli ilaç listesi hazırlanmalı, ihtiyaç doğrultusunda güncellenmeli ve tüm kullanım alanlarında bulunmalıdır. Diğer ilaçlardan farklı bir alanda muhafaza edilmelidir. Yüksek riskli ilaçların muhafaza edileceği alanlar dikkat çekmek amacı ile kırmızı renkle belirginleştirilmelidir.
79	ECZACILIK HİZMETLERİ	EH.6	İlaç ve tıbbi sarf malzeme iadeleri Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan İlaç ve Tıbbi Sarf Malzeme İade Talimatına uygun olarak yapılıyor mu?

SORU SIRA NO	BÖLÜM ADI	SORU KOD	VERİMLİLİK YERİNDE DEĞERLENDİRME SORU LİSTESİ (ADSM VE ADSH)
		EH.6.1	Diş Hekimliği Bilgi Sistemi (DHBS) üzerinden, servislerden istemi yapılan hasta tabelalarındaki ilaç ve tıbbi sarf malzemeler; hasta taburcu olduğunda, ex olduğunda, başka kuruma sevk edildiğinde veya lüzum halindekiler kullanılmadığı zaman 24 saat içinde ilgili birim sorumlusu tarafından hasta bazlı olarak, iade formu doldurularak hastane eczanesine iade edilmeli ve formlar karşılıklı imzalanıp saklanmalıdır. Hasta başına iade işlemi Diş Hekimliği Bilgi Sistemi (DHBS) eczane modülünde gerçekleştiriliyorsa, iade bilgilerini içeren form çıktı olarak alınıp, karşılıklı imzalanmalıdır.
80	ECZACILIK HİZMETLERİ	EH.7	İlaç ve tıbbi sarf malzemelerin imhası, kırılması ve kaybolması durumunda yapılacak iş ve işlemler Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan talimatlara uygun yapılıyor mu?
		EH.7.1	İlaç ve tıbbi sarf malzemelerin imhası Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan "İlaç ve Tıbbi Sarf Malzeme İmha Talimatı" doğrultusunda gerçekleştirilmelidir.
		EH.7.2	İlaçların ve tıbbi sarf malzemelerinin kırılması, kaybolması durumunda Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan "İlaçların Kırılması ve Kaybolması Durumunda Yapılacaklar İle İlgili Talimat" doğrultusunda gerçekleştirilmelidir.
81	ECZACILIK HİZMETLERİ	EH.8	Narkotik (Kırmızı) ve Psikotrop (Yeşil) ilaç yönetimi Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan "Narkotik ve Psikotrop İlaçların Yönetimi Talimatına" uygun şekilde yapılıyor mu?
		EH.8.1	Narkotik (Kırmızı) ve Psikotrop (Yeşil) ilaçlara erişim kısıtlanarak uygun şekilde saklanmalıdır.
		EH.8.2	Narkotik (Kırmızı) ve Psikotrop (Yeşil) ilaçların kırılması, kaybolması veya miadının geçmesi durumunda Narkotik ve Psikotrop İlaçların Yönetimi Talimatına uygun hareket edilmelidir.
		EH.8.3	Narkotik (Kırmızı) ve Psikotrop (Yeşil) ilaçların kullanılmayan kısmı dozları takip edilmelidir. Kullanılmayan doz kalmaması durumunda Narkotik ve Psikotrop İlaçların Yönetimi Talimatına uygun hareket edilmelidir.
82	ECZACILIK HİZMETLERİ	EH.9	Sağlık Tesisinde ilaç yönetimi uygun olarak yapılıyor mu? (Nöbet hizmet alanı, poliklinikler, servisler vb. birimlerde değerlendirilecektir.)
		EH.9.1	Benzer görünüşe, okunuşa ve yazılışa sahip ilaçlar ile aynı ilacın farklı dozlarının muhafazası Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan "Benzer Görünüşe, Okunuşa ve Yazılışa Sahip İlaçların Yönetimi Talimatına" uygun olarak yapılmalıdır.
		EH.9.2	Yüksek riskli ilaçların listesi bulunmalı, diğer ilaçlardan farklı bir alanda muhafaza edilmeli ve bu alan dikkat çekmek amacı ile kırmızı renkle belirginleştirilmelidir. Yüksek riskli ilaçlar Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan "Yüksek Riskli İlaçların Yönetimi Talimatına" uygun yönetilmelidir.
		EH.9.3	Narkotik (Kırmızı) ve Psikotrop (Yeşil) ilaçlara erişim kısıtlanarak uygun şekilde saklanmalı ve bu ilaçların devir teslim tutanakları kayıt altına alınmalıdır. Narkotik ve Psikotrop ilaçların yönetimi Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan "Narkotik ve Psikotrop İlaçların Hastane İçerisinde Kullanımı, Saklama, İadesi ve İmhası" uygun olarak gerçekleştirilmelidir.
		EH.9.4	İlaçların kırılması ve kaybolması durumunda yapılacaklar Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan "İlaçların Kırılması ve Kaybolması Durumunda Yapılacaklar İle İlgili Talimat" doğrultusunda gerçekleştirilmelidir.
		EH.9.5	Tüm ilaçların kullanılmayan dozları (kısmi dozları) takip edilmelidir. Kullanılmayan doz (kısmi doz) kalmaması durumunda yapılacaklar ile ilgili Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan "Kısmi Doz İlaçların Yönetimi Talimatına" uygun hareket edilmelidir.
		EH.9.6	Hastalarda ilaç kullanımına bağlı olarak gelişen advers etkilerin bildiriminin yapılacağı farmakovijilans sorumlusu bilinmelidir. Advers etki bildirimini Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan "Advers Etki Bildirimi Talimatına" uygun gerçekleştirilmelidir.
		EH.9.7	İlgili birimlerde soğuk zincire tabi ilaçların güncel listesi bulundurulmalı ve bu ilaçların muhafazası Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan "Soğuk Zincir İlaçlarının Yönetim Talimatına" uygun gerçekleştirilmelidir.
		EH.9.8	İlaç geçimsizlikleri ile ilgili Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan "İlaç Geçimsizliği Talimatına" uygun hareket edilmelidir.
		EH.9.9	İlaç deposundan; ilgili birimlere verilen ilaç ve farmakolojik ürünler Taşınır Mal Yönetmeliğinde belirtilen miktarda olmalıdır. Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan "İlaç ve Tıbbi Sarf Malzeme Deposundan Özellikli Birimlere Çıkış Talimatına" uygun hareket edilmelidir.
		EH.9.10	İlaçların; ilgili birimlerde bulunan ve DHBS üzerinde görülen miat ve miktarları uyumlu olmalıdır. İlgili birimlerde sorumlu hemşiresi tarafından rutin olarak miat ve miktar kontrolleri yapılmalıdır. Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan "Miktar ve Miat Kontrol Talimatına" uygun hareket edilmelidir.
		EH.9.11	İlgili birimlerden hastane eczanesine ilaç iadesi Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan "İlaç ve Tıbbi Sarf Malzeme İade Talimatına" uygun yapılmalıdır.
		EH.9.12	İşıktan korunması gereken ilaçlar Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan "Işıktan Korunması Gereken İlaçlarla İlgili Talimat" doğrultusunda muhafaza edilmelidir.
83	ECZACILIK HİZMETLERİ	EH.10	Sağlık tesisinde tıbbi sarf malzeme yönetimi mevzuata uygun yapılıyor mu? (Nöbet hizmet alanı, poliklinikler, servisler vb. birimlerde değerlendirilecektir.)
		EH.10.1	Tıbbi sarf deposundan; ilgili birim ve servislerde verilen tıbbi sarf malzemeler Taşınır Mal Yönetmeliğinde belirtilen miktarda olmalıdır. Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan "İlaç ve Tıbbi Sarf Malzeme Deposundan Özellikli Birimlere Çıkış Talimatına" uygun hareket edilmelidir.
		EH.10.2	Tıbbi sarf malzemelerinin; ilgili birimlerde bulunan ve DHBS üzerinde görülen miat ve miktarları uyumlu olmalıdır. İlgili birimlerde sorumlu hemşiresi tarafından rutin olarak miat ve miktar kontrolleri yapılmalıdır.
		EH.10.3	Tıbbi sarf malzemelerinin ilgili birim ve servislerden tıbbi sarf deposuna iadesi Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan "İlaç ve Tıbbi Sarf Malzeme İade Talimatına" uygun yapılmalıdır.
		EH.10.4	Hastalara tedavileri sırasında uygulanan tıbbi sarf malzemelerden kaynaklanan beklenmeyen etki ile karşılaşılması durumunda bildirim yapılacak materyovijilans sorumlusu bilinmelidir. Bildirimler Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan "Olumsuz Olay Bildirim Talimatı" doğrultusunda yapılmalıdır. Tıbbi sarf malzemelerinde meydana gelebilecek olumsuz olaylar ile ilgili görsel uyarı ve bilgilendirme dokümanları bulunmalıdır.
		EH.10.5	Soğuk zincire tabi tıbbi sarf malzemesi listesi bulundurulmalı ve soğuk zincir bozulmayacak şekilde muhafaza edilmelidir. (Estetik dolgu setleri, Bondingler vb. üretici firma tarafından belirlenen sıcaklığa uyularak muhafaza edilmelidir)
84	ECZACILIK HİZMETLERİ	EH.11	Acil müdahale seti kullanıma hazır durumda bulunuyor mu?

SORU SIRA NO	BÖLÜM ADI	SORU KOD	VERİMLİLİK YERİNDE DEĞERLENDİRME SORU LİSTESİ (ADSM VE ADSH)
		EH.11.1	Acil müdahale seti kolay ulaşılabilecek konumda, içinde bulunan cihazlar (laringoskop, defibrilatör, aspiratör vb.) kullanıma hazır olmalı ve günlük kontrolleri yapılarak kayıt altına alınmalıdır.
		EH.11.2	Acil müdahale setinde bulunması gereken ilaçların ve sarf malzemelerin (entübasyon tüpü, NG sonda vb.) kontrol listesi hazırlanmalı, miktar ve miat kontrolleri yapılarak kayıt altına alınmalıdır.
85	MEDİKAL DEPO	MD.1	Tüm Medikal Depo Hizmetlerine ilişkin organizasyon yapısı ve iletişim kanalları belirlenmiş mi?
		MD.1.1	Tüm Medikal Depo Hizmetlerine ilişkin mevzuata uygun organizasyon yapısı bulunmalıdır. Medikal depo kapsamında çalışan personelin görev dağılımları yapılmalı ve görev tanımlamaları belli olmalıdır. Görev tanımları ilgili personele tebliğ edilmelidir.
86	MEDİKAL DEPO	MD.2	MKYS'de tanımlanan sınıflandırmaya göre sağlık hizmeti sunumunda gerekli olan temel ilaç listesi ve sarf malzeme listesi oluşturulmuş mu?
		MD.2.1	Sağlık hizmeti sunumunda gerekli olan, MKYS'de tanımlanan sınıflandırmaya göre temel ilaç ve sarf malzeme listeleri bulunmalıdır. İhaleler temel ilaç ve sarf malzeme listesinden hazırlanmalıdır.
87	MEDİKAL DEPO	MD.3	Faturada TİTUBB (Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Ulusal Bilgi Bankası)/ÜTS barkodu ve etiket adı, seri/lot numaraları, SUT kodu mevcut mu?
		MD.3.1	Medikal malzemelerin faturalarında TİTUBB/ÜTS barkodu ve etiket adı, seri/lot numaraları, geri ödeme listesinde bulunuyorsa SUT kodu bulunmalıdır.
88	MEDİKAL DEPO	MD.4	Tıbbi sarf malzemelerde beklenmeyen etkilerin ve hatalı ürünlerin takibi, Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan Olumsuz Olay Bildirim Talimatına uygun yapılıyor mu?
		MD.4.1	Sağlık tesisinde tıbbi sarf malzemelerinden kaynaklı meydana gelebilecek olumsuz olayların bildirim için materyovijilans sorumlusu belirlenmelidir.
		MD.4.2	Tıbbi sarf malzemelerinden kaynaklı meydana gelebilecek olumsuz olaylar hakkında ilgili sağlık personeline (doktor, eczacı, hemşire, vb.) eğitim verilmelidir. Bir malzemedeki kaynaklı olumsuz olayın meydana gelmesi durumunda yapılacak olumsuz olay bildirim işlemi bilinmelidir.
		MD.4.3	Tıbbi sarf malzemelerinden kaynaklı meydana gelebilecek olumsuz olaylar ile ilgili görsel uyarı ve bilgilendirme dokümanları bulunmalıdır.
89	MEDİKAL DEPO	MD.5	Tüm medikal depo malzemelerinin muayene ve mal kabul işlemleri Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan Medikal Depo Mal Kabul Talimatına göre yapılıyor mu?
		MD.5.1	Mal kabul işlemlerinden önce muayene süreci uygun şekilde tamamlanmalıdır. Mal kabul sırasında sayımı depo sorumlusu yapmalıdır.
90	MEDİKAL DEPO	MD.6	İlaç ve Tıbbi Sarf Malzemelerin minimum, maksimum ve kritik stok seviyeleri belirlenmiş mi?
		MD.6.1	İlaç ve tıbbi sarf malzemelerin minimum, maksimum ve kritik stok seviyeleri belirlenip, DHBS sistemine girişi yapılmalı, stok seviyesi, minimum ve kritik stok seviyesine geldiğinde DHBS sistemi uyarı vermelidir.
		MD.6.2	Sağlık tesisi özelinde kritik öneme sahip ilaç ve tıbbi sarf malzemelerin belirlenen stok seviyelerinin altına düşmesi durumunda, depo sorumlusuna ve ilgili Başhekim Yardımcısı/Başhekime SMS vb. yöntemlerle bildirilmelidir.
91	MEDİKAL DEPO	MD.7	Medikal depoda stok düzeyi iki ayın (60 gün) altında mı?
		MD.7.1	Medikal depoda stok düzeyi iki ayın (60 gün) altında olmalıdır.
92	MEDİKAL DEPO	MD.8	Medikal depodan ilgili birimlere ilaç ve tıbbi sarf malzemelerin çıkışı Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan "İlaç ve Tıbbi Sarf Malzeme Deposundan Özellikli Birimlere Çıkış Talimatına" uygun yapılıyor mu?
		MD.8.1	Medikal depodan; Nöbet Hizmet Alanı, Servis, Ameliyathane, Polikliniklere ilaç ve farmakolojik ürünlerin çıkışı Taşınır Mal Yönetmeliğinde belirtilen miktarda olmalıdır.
		MD.8.2	Medikal depodan; Nöbet Hizmet Alanı, Servis, Ameliyathane, Polikliniklere tıbbi sarf malzemelerin çıkışı Taşınır Mal Yönetmeliğinde belirtilen miktarda olmalıdır.
		MD.8.3	Medikal depolarında yapılan (giriş, toplu çıkış, devir (stok, ihtiyaç fazlası) vb.) işlemlerin taşınır işlem fişleri MKYS'den alınmış olmalı, teslim eden ve alan kısımları imzalı olarak dosyalanmalıdır.
		MD.8.4	Eczacı tarafından Taşınır Mal Yönetmeliğinde belirtilen miktarda, ilaç ve tıbbi sarf malzeme çıkışı yapılan birimlerde belirli aralıklarla stok miktarları kontrol edilmelidir.
93	MEDİKAL DEPO	MD.9	Sağlık tesisi bünyesinde "İhtiyaç Tespit Komisyonu" kurulmuş mu?
		MD.9.1	Sağlık tesisi bünyesinde "İhtiyaç Tespit Komisyonu" kurulmalı ve ihtiyaç belirlemede gerekli işlemleri yerine getirmelidir.
94	MEDİKAL DEPO	MD.10	MKYS Yıllık İhtiyaç Giriş İşlemleri Ekranı aktif olarak kullanılıyor mu? Girilen veriler geçmiş tüketim miktarları ile uyumlu mu?
		MD.10.1	Taşınırlara ait yıllık ihtiyaç miktarları Taşınır Kayıt Yetkilisi tarafından MKYS'de yer alan "Yıllık İhtiyaç Giriş İşlemleri ekranı" üzerinden sisteme girilecek veya bazı malzemeler için otomatik olarak belirlenmesi sağlanacaktır. Yıllık İhtiyaç Miktarları bir önceki yıl ve yıl içindeki tüketimler ile hizmet kapasitesindeki artış ve azalışlar da göz önüne alınarak gerçekçi bir şekilde belirlenecektir.
95	MEDİKAL DEPO	MD.11	İhaleler için yıl içinde çekilecek maksimum sipariş sayısına dikkat ediliyor mu?

SORU SIRA NO	BÖLÜM ADI	SORU KOD	VERİMLİLİK YERİNDE DEĞERLENDİRME SORU LİSTESİ (ADSM VE ADSH)
		MD.11.1	Sağlık tesislerinde etkin stok yönetimi ile sipariş çekerken azami 2 aylık stok düzeyini dikkate alarak ürün talep edilmesi, ihale idari sözleşmelerinde yıl içinde çekilecek maksimum sipariş sayısının belirlenmesi (örneğin 12 aylık sözleşmede en fazla 8 sipariş) ve tedarikçinin uhdesinde kalan tüm ürünlerin siparişlerinin birleştirilmesine gayret edilerek kargo maliyetlerinin en aza indirgenmesi sağlanmalıdır. Sağlık Bakanlığı tarafından 19 Ekim 2016 tarihinde yayınlanan 31899314 barkod sayılı "Stok Tasarruf Eylem Planı" konulu yazıya uygun hareket edilmelidir.
96	MEDİKAL DEPO	MD.12	İş eksilişi yapılan ihaleler için Tedarik Paylaşım Platformu üzerinden İş Eksiliş Belgesi alınmış mı?
		MD.12.1	Birlik stok uzmanları tarafından mevcut ihalelere ait iş eksiltme kalemleri belirlenir. Belirlenen kalemler TPP sisteminde bulunan ihale işlemleri bölümüne yüklenir. Yükleme takiben en az 30 gün içinde talep gelmeyen kalemler için sistemden iş eksiltme yapılabileceğine dair bir belge alınır. Belge yazdırılmadığı sürece ilgili kalem ilanda kalır ve sistem kullanıcıları tarafından görülmeye devam eder. Belge yazdırılmadan iş eksiltme yapılamaz.
97	MEDİKAL DEPO	MD.13	Medikal depolarda bulunan tehlikeli maddelerin yönetimi uygun şekilde gerçekleştiriliyor mu?
		MD.13.1	Tehlikeli maddelerin listesi tercihen duvara monte PVC kitap şeklinde olmalıdır. Tehlikeli maddelerin üzerinde tehlikeli madde sınıfını gösteren etiketler bulunmalıdır.
		MD.13.2	Tehlikeli maddelerin depolanması ve taşınması Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan "Tehlikeli Madde Yönetimi Talimatına" uygun gerçekleştirilmelidir.
		MD.13.3	Tehlikeli maddelerin dökülmesi, saçılması ve maruz kalınması durumunda yapılacaklar bilinmeli, Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan "Tehlikeli Madde Yönetimi Talimatına" uygun hareket edilmelidir.
98	MEDİKAL DEPO	MD.14	Medikal depolar Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan Medikal Depo Fiziki Standartları Talimatına uygun fiziki koşullara sahip mi?
		MD.14.1	Duvar ve tavanlar temizlenebilir, rutubet önleyici ve dayanıklı malzemeyle kaplanmış, boyanmış olmalıdır. Boruların (atık su, kalorifer vb.) yalıtımı yapılmış olmalıdır.
		MD.14.2	Depo ve raflarda bulunan malzemelerin, duvar ve zemin ile teması bulunmamalı, raf sistemleri devrilmeye karşı sabitlenmiş olmalıdır.
		MD.14.3	Medikal depo alanları yeterli havalandırmaya sahip olmalı ve yeterli iklimlendirme sağlanmalıdır.
		MD.14.4	Medikal depo, sağlık tesisinin ihtiyacını karşılayacak yeterlilikte fiziki yapıya sahip olmalı ve depo alanlarında yerleşim planı bulunmalıdır.
		MD.14.5	Medikal depoların temizliği, depo sorumlusunun belirlediği temizlik kurallarına göre temizlik personeli tarafından günlük olarak yapılmalıdır. Temizlik formları depo sorumlusunda bulunmalıdır.
99	MEDİKAL DEPO	MD.15	Medikal depoların güvenliğini sağlamak amacıyla gerekli düzenlemeler yapılmış mı?
		MD.15.1	Hırsızlık için gerekli tedbirler alınmalıdır.
		MD.15.2	Medikal depo/eczaneye erişim kısıtlanmış olmalıdır.
		MD.15.3	Yangın tehlikesi için gerekli tedbirler alınmalıdır.
		MD.15.4	Deprem, su basması ve sel felaketlerine karşı gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.
		MD.15.5	Elektiğe bağlı yaşanacak olumsuzluklara karşı gerekli tedbirler alınmalıdır. (Elektrik kablosu gibi açıkta aktif kaynak bırakmamak vb.)
100	MEDİKAL DEPO	MD.16	Medikal depolarda ilaç ve tıbbi sarf malzemeler uygun koşullarda saklanıyor mu?
		MD.16.1	Medikal depolarda/eczanede ilaç ve tıbbi sarf malzemeleri uygun sıcaklıkta ve nem koşullarında saklanmalıdır.
		MD.16.2	Medikal depolarda, sıcaklık ve nem referans değerler aralığında bulunmaması halinde, ilgili yetkiliye uyarı veren (sesli, görsel, mesaj ve elektornik posta) veri aktarımı yapabilen dijital derece/sistemler yoluyla gerçek zamanlı olarak bildirim yapılmalıdır. Dijital derece/sistemlerden rapor alınabilmeli ve elektronik olarak arşivlenmelidir.
		MD.16.3	Soğuk zincire tabi ilaçlar ve tıbbi sarf malzemeler, soğuk zincirin kırılmasını engelleyecek şekilde Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan "Soğuk Zincir İlaçlarının Yönetim Talimatı" doğrultusunda uygun şartlarda muhafaza edilmelidir. Muhafaza sırasında uyarı veren dijital dereceler kullanılmalıdır. Dijital aktarımı sağlayan teknolojiler ile belirli periyotlarda rapor alınıp elektronik olarak arşivlenmelidir. (Soğuk zincire tabi ilaç veya tıbbi sarf malzeme bulunmayan depolar muaf tutulacaktır.)
		MD.16.4	İşıktan korunması gereken ilaç ve tıbbi malzeme listesi hazırlanarak saklanması Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan "Işıktan Korunması Gereken İlaçlarla İlgili Talimatına" uygun yapılmalıdır. Listeler güncel tutulmalıdır.
101	MEDİKAL DEPO	MD.17	İlaç ve tıbbi sarf malzemelerin miktar ve miat yönetimi Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan "Miktar ve Miat Kontrol Talimatına" uygun olarak yapılıyor mu? (ilaç, tıbbi sarf malzemeler vb.)
		MD.17.1	Kamu idaresi ile yüklenici arasında imzalanan mal alımına ilişkin sözleşmede (Teknik şartnamede) kullanım süresi 3 ay kalan tüm medikal malzemelerin bildirimleri yapılmalıdır.
		MD.17.2	Kamu idaresi ile yüklenici arasında imzalanan mal alımına ilişkin sözleşmede (Teknik şartnamede) kullanım süresi dolan veya dolmak üzere olan tüm medikal malzemeler fiyat farkı veya ek bir maliyet talep edilmeden değiştirilmelidir.

SORU SIRA NO	BÖLÜM ADI	SORU KOD	VERİMLİLİK YERİNDE DEĞERLENDİRME SORU LİSTESİ (ADSM VE ADSH)
		MD.17.3	Miat yenileme yapılırken tüm medikal malzemeler MKYS üzerinden "Miat Uzatımı Çıkış" işlem türü ile yüklenici firmaya çıkışı yapılmalıdır. Yükleniciden gelen uzun miadlı malzemelerde "Miat Uzatımı Giriş" işlemi ile kayıtlara alınmalıdır.
		MD.17.4	Medikal depoda bulunan ilaç ve tıbbi sarf malzemelerin fiili miktarı ve miadı ile DHBS üzerinde görülen miat ve miktarları uyumlu olmalıdır.
102	TEKNİK HİZMETLER	TH.1	Jeneratörlerin, bakım ve kontrolleri düzenli olarak yapılıyor mu?
		TH.1.1	Bağlı bulunulan ilin enerji dağıtım şirketinden alınmış geçici veya kesin kabul belgesi olmalıdır.
		TH.1.2	Jeneratörlerin günlük kontrol ve periyodik dönemlere ait bakım formları bulunmalı, arızada kalma sürelerini gösteren kayıtlar tutulmalıdır.
103	TEKNİK HİZMETLER	TH.2	İklimlendirme ve klima sistemlerinin, bakım ve kontrolleri düzenli olarak yapılıyor mu?
		TH.2.1	Periyodik dönemlerde iklimlendirme ve klima sistemlerine yapılmış bakımlara ait teknik servis formları bulunmalıdır.
104	TEKNİK HİZMETLER	TH.3	Asansörlerin güvenli kullanımına yönelik, gerekli düzenlemeler sağlanmış mı?
		TH.3.1	Yeni veya mevcut asansörlerin, belediye veya belediye sınırları dışında kalanlar için il özel idaresi tarafından onaylanmış tescil belgesi olmalıdır.
		TH.3.2	Yılda en az bir kez Bilim, Sanayi ve Teknoloji Bakanlığının yetkilendirmiş olduğu ve ilgili idarenin (belediye – il özel idaresi) protokol imzaladığı akreditasyon belgesi A tipi muayene kuruluşuna yaptırılmış güncel tarihli uygunluk belgesi bulunmalıdır.
		TH.3.3	Uygunluk belgesinde belirtilen güncel tarihli bilgi etiketleri, kabin içerisinde rahatlıkla görülebilecek bir şekilde yapıştırılmış olmalıdır.
		TH.3.4	Asansörlerin günlük kontrol ve periyodik dönemlere ait bakım formları bulunmalı, arızada kalma sürelerini gösteren kayıtlar tutulmalıdır.
105	TEKNİK HİZMETLER	TH.4	Sağlık tesisinde medikal gaz, elektrik, su vb. giderlerinin takibi yapılıyor mu?
		TH.4.1	Sağlık tesisinin medikal gaz, elektrik, su, yakıt, tıbbi atık, haberleşme, kira vb. giderleri aylık olarak DHBS de oluşturulacak "Yönetici Takip Ekranı" ile takip edilmelidir. Yönetim tarafından analizi yapılarak gerekli iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.
		TH.4.2	"Enerji Tüketim Takip Modülüne" elektrik, su, yakıt vb. faturalarının veri girişleri, görevlendirilmiş personel tarafından düzenli olarak yapılmalıdır.
106	TEKNİK HİZMETLER	TH.5	Kesintisiz güç kaynaklarının (UPS), bakım ve kontrolleri düzenli olarak yapılıyor mu?
		TH.5.1	Ameliyathane, görüntüleme merkezleri vb. hizmet alanlarını besleyen UPS'lerin günlük kontrol ve periyodik dönemlere ait bakım formları bulunmalı, arızada kalma sürelerini gösteren kayıtlar tutulmalıdır.
107	TEKNİK HİZMETLER	TH.6	Merkezi gaz sistemlerinin, bakım ve kontrolleri düzenli olarak yapılıyor mu?
		TH.6.1	Medikal gazların, basınç ve akış kontrolleri günlük olarak yapılmalı ve değerler kayıt altına alınmalıdır.
		TH.6.2	Medikal gaz merkezlerinde, olumsuz durumlarda işitsel ve görsel uyarı veren aktif alarm sistemleri bulunmalıdır.
		TH.6.3	Merkez ve kat kontrol panolarının; periyodik dönemlere ait bakım formları bulunmalıdır.
108	AYNIYAT DEPO	AD.1	Ayniyat depolarında yapılan işlemlerin taşınır işlem fişleri, Malzeme Kaynakları Yönetim Sistemi'nden alınıyor mu?
		AD.1.1	Ayniyat depolarında yapılan (giriş, çıkış, devir, hurda, zimmet vb.) işlemlerin taşınır işlem fişleri MKYS'den alınmış olmalı, teslim eden ve alan kısımları imzalı olarak dosyalanmalıdır.
109	AYNIYAT DEPO	AD.2	Ayniyat dayanıklı taşınır depolarında yapılan H.E.K. ve Kullanılmaz Hale Gelme/Yok Olma işlemleri yönetmeliklere uygun yapılıyor mu?
		AD.2.1	Sağlık tesisi yöneticisinden, yapılacak her hurda veya kullanılmaz hale gelme/yok olma işlemleri ve komisyon kurulması için onay alınmış olmalıdır.
		AD.2.2	Hurda veya kullanılmaz hale gelme/yok olma işlemi yapılacak taşınırlar için, durum tespit raporu ile kayıttan düşme teklif onay tutanakları düzenlenmiş, komisyon tarafından imzalanmış ve harcama yetkilisi tarafından onaylanmış olmalıdır.
		AD.2.3	Hurdada ayrılmış taşınırların teslim alınması için, Makina ve Kimya Endüstrisi Kurumu (MKEK) veya Millî Emlak Müdürlüğü'ne resmi yazı yazılmış olmalıdır.
		AD.2.4	Düzenlenen taşınır işlem fişlerinin, teslim eden ve teslim alan kısımları imzalı olmalıdır.
		AD.2.5	Hurda veya kullanılmaz hale gelme/yok olma işlemi genel bütçe ise, kayıttan düşme teklif onay tutanağı ve taşınır işlem fişi üst yazı ile ilgili defterdarlık veya mal müdürlüğüne; döner sermaye ise kayıttan düşme teklif onay tutanağı, taşınır işlem fişi ve amortisman çıkış belgesi muhasebe işlem fişi (MİF) ekinde ilgili saymanlığa gönderilmiş olmalıdır.
110	AYNIYAT DEPO	AD.3	Ayniyat depolarına girişi yapılacak taşınırların muayene komisyonlarında, taşınır kayıt yetkilisi bulunuyor mu?

SORU SIRA NO	BÖLÜM ADI	SORU KOD	VERİMLİLİK YERİNDE DEĞERLENDİRME SORU LİSTESİ (ADSM VE ADSH)
		AD.3.1	Ayniyat depolarına girişi yapılacak taşınırların muayene kabul ve hizmeti ifa komisyonlarında, ayniyat depolarından sorumlu taşınır kayıt yetkilisi üye olarak bulunmalıdır.
111	AYNİYAT DEPO	AD.4	Taşınır kayıt yetkililerine verilen eğitimlere yönelik; eğitim planı, içeriği ve katılımcılar hakkında dokümanlar mevcut mu?
		AD.4.1	Sağlık tesisinin tüm depolarında (ayniyat, biyomedikal, medikal vb.) görevli taşınır kayıt yetkililerine; Taşınır Mal Yönetmeliği, MKYS iş ve işlemleri hakkındaki eğitimler, her yıl İl Sağlık Müdürlüklerinde görevli İl Konsolide Yetkilisi tarafından verilmiş olmalıdır.
		AD.4.2	Eğitim planı oluşturulmalı, plana uygun eğitimler gerçekleştirilmeli, eğitim içeriği hakkında dokümanlar ile katılımcı kayıtları bulunmalıdır.
112	AYNİYAT DEPO	AD.5	Ayniyat depoların yönetimine ilişkin organizasyon yapısı ve iletişim kanalları belirlenmiş mi?
		AD.5.1	Ayniyat depoların yönetimine ilişkin mevzuata uygun oluşturulacak organizasyon yapısında sağlık tesisi, İl Sağlık Müdürlüğü ve Sağlık Bakanlığı dahilinde ulaşılabilecek iletişim kanalları belirlenmiş olmalıdır.
113	AYNİYAT DEPO	AD.6	Sağlık tesisinin tüm depolarında yapılan bağış ve hibe işlemleri, ilgili yönetmeliğe göre yapıyor mu?
		AD.6.1	Ayniyat, biyomedikal ve medikal depolara yapılacak bağışlar için; bağış yapacak kişinin yazdığı ve bağışın niteliğini belirten dilekçesi olmalıdır.
		AD.6.2	Dilekçeye istinaden, yapılacak bağışın kabul edildiğine dair başhekimin onay yazısı olmalıdır.
		AD.6.3	Fiyatı belgelendirilmemiş (fatura vb.) bağışlar için, değer tespit komisyonu tarafından tutarlar belirlenmiş olmalıdır.
		AD.6.4	Bağış yapılan malzemeler için düzenlenen taşınır işlem fişleri, ilgili muhasebe birimine ve bir nüshası da bağış yapan kişiye gönderilmelidir.
114	AYNİYAT DEPO	AD.7	Sağlık tesisi depolarında yapılan tüketimlerin çıkış bildirimleri, ilgili dönemlerde muhasebe birimlerine gönderiliyor mu?
		AD.7.1	Tüm depolarda (ayniyat, biyomedikal, medikal vb.) yapılan döner sermaye tüketim çıkış bildirimlerinin onaylı listesi, birer aylık dönemlerde ayın altısına kadar üst yazı ile ilgili saymanlıklara gönderilmelidir.
		AD.7.2	Tüm depolarda (ayniyat, biyomedikal, medikal vb.) yapılan genel bütçe tüketim çıkış bildirimlerinin onaylı listesi, üçer aylık dönemlerde ayın altısına kadar üst yazı ile ilgili defterdarlık veya mal müdürlüklerine gönderilmelidir.
115	AYNİYAT DEPO	AD.8	Ayniyat demirbaş depolarda kişi veya ortak kullanıma verilen dayanıklı taşınırların, taşınır teslim belgesi (zimmet fişi) mevcut mu?
		AD.8.1	Kişi veya ortak kullanıma verilen dayanıklı taşınırların kullanıma verme (zimmet) işlemleri, MKYS'de güncel olarak yapılmış olmalıdır.
		AD.8.2	Kullanıma verilen dayanıklı taşınırlar için iki nüsha taşınır teslim belgesi düzenlenmeli, karşılıklı imzalandıktan sonra bir nüshası dosyada diğer nüshası da zimmet sahibinde bulunmalıdır.
116	AYNİYAT DEPO	AD.9	Tüm depolarda yapılan işlemlerin (giriş, çıkış vb.) MKYS/TDMS ve MKYS/KBS hesap uyumlulukları sağlanıyor mu?
		AD.9.1	Saymanlıklara bildirim yapılan döner sermaye hesaplarının, aylık olarak MKYS/TDMS hesap uyumluluğu sağlanmış olmalıdır.
		AD.9.2	Defterdarlık veya mal müdürlüğü'ne bildirim yapılan genel bütçe hesaplarının, üçer aylık dönemlerde MKYS/KBS hesap uyumluluğu sağlanmış olmalıdır.
117	AYNİYAT DEPO	AD.10	Sağlık tesisinin tüm depolarında, ambarlar arası devir işlemleri farklarının kontrolü yapılıyor mu?
		AD.10.1	Tüm depolarda (ayniyat, biyomedikal, medikal vb.) yapılan ambarlar arası devir çıkış ve giriş işlemlerinde, taşınır kodu, miktar ve tutar farkı olmamalıdır.
118	AYNİYAT DEPO	AD.11	Sağlık tesisinin tüm depolarında, düzeltme işlemleri farklarının kontrolü yapılıyor mu?
		AD.11.1	Tüm depolarda (ayniyat, biyomedikal, medikal vb.) yapılan düzeltme çıkış ve giriş işlemlerinde, istisnai durumlar dışında tutar ve miktar farkı olmamalıdır.
		AD.11.2	Tüketim malzemelerinin ve genel bütçe kaynaklı demirbaşların 2. düzey hesap kodlarında yapılmış düzeltme işlemlerinin taşınır işlem fişleri üst yazı ile, döner sermaye kaynaklı demirbaşların 2. düzey hesap kodlarında yapılmış düzeltme işlemlerinin taşınır işlem fişleri ve amortisman çıkış belgesi muhasebe işlem fişi (MİF) ekinde ilgili muhasebe birimine gönderilmiş olmalıdır.
119	AYNİYAT DEPO	AD.12	Sağlık tesisinin tüm depolarında stoğu eksiyeye düşen malzemelerin kontrolü yapılıyor mu?
		AD.12.1	Tüm depolarda (ayniyat, biyomedikal, medikal vb.) yapılan işlemler sonucunda, eksi stoğa düşen malzeme bulunmamalıdır.
120	AYNİYAT DEPO	AD.13	Sağlık tesisinin tüm depolarında yapılan giriş işlemlerinin, MKYS'de depo kayıtları oluşturulmuş mu?
		AD.13.1	Tüm depolarda (ayniyat, biyomedikal, medikal vb.) yapılan giriş işlemlerinde, taşınırların stoğa yansımaları için depo kayıtları oluşturulmuş olmalıdır.
121	AYNİYAT DEPO	AD.14	MKYS'de kayıtlı miktarlar ile depodaki fiili stoklar birbiri ile uyumlu mu?

SORU SIRA NO	BÖLÜM ADI	SORU KOD	VERİMLİLİK YERİNDE DEĞERLENDİRME SORU LİSTESİ (ADSM VE ADSH)
		AD.14.1	MKYS ayniyat depolarında kayıtlı stok miktarları ile, ayniyat depolardaki filli stok miktarları birbiri ile uyumlu olmalıdır.
122	AYNİYAT DEPO	AD.15	Özellikli sağlık araçlarındaki tıbbi donanımların ilgili depoya kaydı yapıldıktan sonra, sağlık aracının ilk kayıtlı değeri düzeltilerek MKYS'de yeniden kayıt altına alınıyor mu?
		AD.15.1	Sağlık tesisi başhekiminden, düzeltme işlemleri ve değer tespit komisyonu kurulması için onay alınmalı, sağlık araçlarındaki biyomedikal dayanıklı taşınırların tutarları, komisyon tarafından belirlenmiş olmalıdır.
		AD.15.2	Biyomedikal dayanıklı taşınırların, düzeltme giriş işlemi ile belirlenen tutar kadar ilgili depoya kaydı yapılmış olmalıdır.
		AD.15.3	Sağlık aracı düzeltme çıkış işlemi ile kayıtlardan çıkartıldıktan sonra, girişi yapılan biyomedikal dayanıklı taşınırların tutarı kadar, aracın daha önceki kayıtlı bedelinden düşüm yapılarak, düzeltme giriş işlemi ile ayniyat depoda yeniden kayıt altına alınmalı ve taşınır işlem fişleri ilgili muhasebe birimine gönderilmiş olmalıdır.
123	AYNİYAT DEPO	AD.16	Sağlık tesisi bünyesinde kullanılan taşıtların Ulaşım Araçları Ekranına veri girişleri yapılıyor mu?
		AD.16.1	Ayniyat demirbaş depoda kayıtlı araçların, MKYS/Ulaşım Araçları/Demirbaş Ekranı'na veri girişleri yapılmış olmalıdır.
		AD.16.2	Hizmet alımı sözleşmesinde belirtilen araçların, MKYS/Ulaşım Araçları/Hizmet Alım Ekranı'na veri girişleri yapılmış olmalıdır.
		AD.16.3	Maliye Bakanlığı TBS'ye (Kamu Taşıtları Yönetim Bilgi Sistemi) genel bütçe ve döner sermaye kaynaklı araçların girişini yapacak personel görevlendirilmeli ve defterdarlık/malmüdürlüğünden TBS giriş şifresi alınmış olmalıdır.
		AD.16.4	MKYS/Ulaşım araçları ekranına girişi yapılmış demirbaş ve hizmet alımı araç verileri ile Maliye Bakanlığı TBS (Kamu Taşıtları Yönetim Bilgi Sistemi) verileri uyumlu olmalıdır.
124	AYNİYAT DEPO	AD.17	Ayniyat dayanıklı taşınır depoda kayıtlı olan ancak, ayniyat dayanıklı taşınır niteliğinde olmayan malzemelerin depo devirleri yapılmış mı?
		AD.17.1	Ayniyat dayanıklı taşınır depoda kayıtlı olan ancak, şuan ayniyat dayanıklı taşınır niteliğinde olmayan malzemelerin, uygun depolara devirleri yapılmış olmalıdır.
125	AYNİYAT DEPO	AD.18	Ayniyat dayanıklı taşınırların üzerinde, taşınır bilgilerini gösteren etiketler mevcut mu?
		AD.18.1	Ayniyat dayanıklı taşınırların üzerinde; taşınırların adı, sicil veya künye numaralarını gösteren güncel etiketler bulunmalıdır.
126	AYNİYAT DEPO	AD.19	Ayniyat depo alanları uygun fiziki koşullara sahip mi?
		AD.19.1	Duvar ve tavanlar boyanmış, zeminler temiz, borular (atık su, kalorifer vb.) yalıtılmış olmalıdır.
		AD.19.2	Malzemelerin, duvar ve zemin ile teması bulunmamalı, raf sistemleri, devrilmeye karşı sabitlenmiş olmalıdır.
		AD.19.3	Haşerelere karşı önlemler alınmalı ve düzenli olarak ilaçlanmalıdır.
		AD.19.4	Sağlık tesisi ihtiyacını karşılayacak yeterliliğe sahip olmalıdır.
		AD.19.5	Güncel malzeme yerleşim listesi ve krokiler bulunmalıdır.
127	AYNİYAT DEPO	AD.20	Depoların güvenliği için, gerekli önlemler alınmış mı?
		AD.20.1	Hırsızlığa karşı (kamera, demir parmaklık vb.) gerekli tedbirler alınmış olmalıdır.
		AD.20.2	Yangın tehlikesine karşı (yangın söndürme sistemi, yangın tüpleri vb.) gerekli tedbirler alınmış olmalıdır.
		AD.20.3	Su basması ve sel felaketlerine karşı (logar, bariyer, tahliye kanalı vb.) gerekli düzenlemeler yapılmış olmalıdır.
		AD.20.4	Elektriğe bağlı yaşanacak tehlikelere karşı, priz ve anahtarlar kırık, kablolar açıkta olmamalıdır.
128	KLİNİK MÜHENDİSLİK	KM.1	Klinik Mühendislik Hizmetleri görev ve sorumluluk alanlarında kullanılan yazılımlar Kayıt Tescil Sistemi (KTS)'nde KMBYS olarak aktif mi?
		KM.1.1	Klinik Mühendislik Hizmetleri görev ve sorumlulukları alanında kullanılan yazılımlar Kayıt Tescil Sistemi'nde KMBYS olarak aktif olmalıdır. (Yazılım sadece arıza bildirimini amacıyla kullanılıyorsa sağlık tesisi bu sorudan muaf tutulacaktır)
		KM.1.2	KMBYS üzerinden düzenlenen istem belgelerinde bulunan malzeme tanımı MKYS Malzeme Tanımı ile uyumlu olmalıdır.
		KM.1.3	KMBYS hizmet alımlarının kontrol teşkilatında en az 1 klinik mühendislik hizmetleri personeli bulunmalıdır.
129	KLİNİK MÜHENDİSLİK	KM.2	Biyomedikal dayanıklı taşınırların üzerinde, MKYS' de yer alan bilgilerin olduğu kare kodu içeren etiket mevcut mu?

SORU SIRA NO	BÖLÜM ADI	SORU KOD	VERİMLİLİK YERİNDE DEĞERLENDİRME SORU LİSTESİ (ADSM VE ADŞH)
		KM.2.1	Kullanıma verilen tüm biyomedikal dayanıklı taşınırların üzerinde, MKYS de yer alan bilgilerin olduğu kare kod içeren etiket olmalıdır.
		KM.2.2	Dayanıklı taşınırlar üzerinde bulunan kare kod içeren etiketler, kare kod etiket okutucular ile okutulduğunda gelen bilgiler dayanıklı taşınır bilgileri ile uyumlu olmalıdır.
130	KLİNİK MÜHENDİSLİK	KM.3	MKYS' de Dayanıklı Taşınır Envanter Yönetimi Ekranı üzerinden girilen veri girişleri doğru şekilde yapılıyor mu?
		KM.3.1	Sağlık tesislerinde kullanım yerlerinde (Nöbet hizmet alanları, poliklinik, laboratuvar, servis, ameliyathane, görüntüleme, sterilizasyon, özellikli üniteler) bulunan biyomedikal dayanıklı taşınırların, MKYS' de Dayanıklı Taşınır Envanter Yönetimi Ekranı üzerinden girilen idari ve teknik veri girişleri doğru şekilde yapılmalıdır.
		KM.3.2	Evde sağlık kapsamında hastaya kullanıma verilen biyomedikal dayanıklı taşınırların kullanım yeri bilgisi "evde sağlık" olmalıdır.
		KM.3.3	Biyomedikal Taşınır Kayıt Yetkilisine zimmetli, aktif kullanımında biyomedikal dayanıklı taşınır olmamalıdır.
131	KLİNİK MÜHENDİSLİK	KM.4	MKYS' de Dayanıklı Taşınır Hizmet Alım Ekranı üzerinden girilen veri girişleri doğru şekilde yapılıyor mu?
		KM.4.1	Sağlık tesislerinde kullanım yerlerinde (Nöbet hizmet alanı, poliklinik, laboratuvar, servis, ameliyathane, görüntüleme, sterilizasyon, özellikli üniteler) bulunan biyomedikal dayanıklı taşınırların MKYS' de Dayanıklı Taşınır Hizmet Alım Ekranı üzerinden girilen idari ve teknik veri girişleri doğru şekilde yapılmalıdır.
		KM.4.2	MKYS Dayanıklı Taşınır Hizmet Alım Ekranı' ndaki veriler ile TSİM' e kayıtlı Verimlilik Yeri Değerlendirme Rehberi'nde detayı belirtilen 5 farklı biyomedikal cihazın verileri uyumlu olmalıdır.
132	KLİNİK MÜHENDİSLİK	KM.5	Tedarik edilen biyomedikal dayanıklı taşınır ve tüketim malzemelerine yönelik muayene - kabul, hizmeti ifa ve teslim tutanakları uygun şekilde düzenleniyor mu?
		KM.5.1	Hizmet alımı haricinde bir yolla temin edilen biyomedikal dayanıklı taşınırların muayene - kabul ve teslim tutanaklarında en az bir Klinik Mühendislik Hizmetleri Birim personeli ve/veya Biyomedikal Kayıt Yetkilisi komisyon üyesi olmalıdır.
		KM.5.2	Temin edilen biyomedikal tüketim malzemelerinin teslim tutanaklarında en az bir Klinik Mühendislik Hizmetleri Birim personeli ve/veya Depo Taşınır Kayıt Yetkilisi komisyon üyesi olmalıdır.
		KM.5.3	Sahibi olunan biyomedikal dayanıklı taşınırlara uygulanan biyomedikal teknik hizmetlerin (bakım, onarım, metroloji, kurulum gibi) hizmeti ifa tutanaklarında en az bir Klinik Mühendislik Hizmetleri Birim personeli ve/veya Biyomedikal Depo Taşınır Kayıt Yetkilisi komisyon üyesi olmalıdır.
133	KLİNİK MÜHENDİSLİK	KM.6	Biyomedikal dayanıklı taşınırlara yönelik kullanıcı ve teknik personel eğitimleri veriliyor mu?
		KM.6.1	Sağlık tesislerinde kullanılan biyomedikal dayanıklı taşınırların kullanıcı eğitimi verildiğine dair kayıtlar ilgili birimlerde / eğitim birimlerinde bulunmalıdır.
		KM.6.2	Klinik Mühendislik Hizmetleri Biriminde çalışan personele verilen teknik servis eğitimlerinin dokümanları bulunmalı, katılımcılara ait kayıtlar ilgili birimde olmalıdır.
134	KLİNİK MÜHENDİSLİK	KM.7	Klinik Mühendislik Hizmetleri Birim Sorumlularına verilen eğitimlere yönelik; eğitim planı, içeriği ve katılımcılar hakkında dokümanlar mevcut mu?
		KM.7.1	İl Sağlık Müdürlüğü Biyomedikal Mühendislik Hizmetleri Birimi tarafından, sağlık tesislerindeki Klinik Mühendislik hizmetleri sorumlularına Biyomedikal Metroloji Faaliyetleri Kılavuzu ve diğer mer'i mevzuatlar hakkında eğitim verilmelidir.
		KM.7.2	İl Sağlık Müdürlüğü Biyomedikal Mühendislik Hizmetleri Birimi tarafından, sağlık tesislerindeki Klinik Mühendislik hizmetleri sorumlularına ulusal standartlar ve diğer mer'i mevzuatlar hakkında eğitim verilmelidir.
135	KLİNİK MÜHENDİSLİK	KM.8	Biyomedikal dayanıklı taşınırların aktif, pasif ve arızada kalma süreleri kayıt altına alınmıyor mu?
		KM.8.1	Demirbaş niteliğindeki biyomedikal dayanıklı taşınırların aktif, pasif ve arızada kalma süreleri kayıt altına alınmalıdır.
		KM.8.2	Biyomedikal dayanıklı taşınırlara ait aktif, pasif, arızalı durumu MKYS' de güncel olmalıdır.
136	KLİNİK MÜHENDİSLİK	KM.9	Sözleşme kapsamındaki biyomedikal dayanıklı taşınırların %95 aktif çalışma (uptime) süreleri ile ilgili hükümler sözleşmelerde mevcut mu?
		KM.9.1	Sözleşme (bakım, onarım vb.) kapsamındaki biyomedikal dayanıklı taşınırların %95 aktif çalışma (uptime) süreleri ve bu çalışma süresinin altına düştüğü durumlarda uygulanacak madde/maddeler sözleşme dokümanlarında (idari veya teknik şartnamede) bulunmalıdır.
		KM.9.2	Satın alınan biyomedikal dayanıklı taşınırların garanti sözleşmelerinde %95 aktif çalışma (uptime) süreleri ile ilgili hükümler bulunmalıdır.
		KM.9.3	Sözleşme kapsamındaki biyomedikal dayanıklı taşınırların aktif, pasif ve arızada kalma süreleri kayıt altına alınmalıdır.
137	KLİNİK MÜHENDİSLİK	KM.10	Sağlık tesislerinde biyomedikal dayanıklı taşınırların arızalanması durumunda Biyomedikal Dayanıklı Taşınırların Arıza Bildirim ve Müdahale Süreç Talimatı kullanılıyor mu?
		KM.10.1	Biyomedikal dayanıklı taşınırların arızalanması durumunda Biyomedikal Dayanıklı Taşınırların Arıza Bildirim ve Müdahale Süreç Talimatına uygun işlem yapılmalıdır ve kullanıcılar bu konuda bilgilendirilmelidir.
138	KLİNİK MÜHENDİSLİK	KM.11	Sağlık tesisi tarafından evde sağlık hizmetleri kapsamında hastalara verilen biyomedikal dayanıklı taşınırların kullanımına yönelik broşür, kitapçık, kullanım kılavuzu vb. yazılı doküman mevcut mu?
		KM.11.1	Sağlık tesisi tarafından evde sağlık hizmetleri kapsamında hastalara verilen biyomedikal dayanıklı taşınırların kullanımına yönelik broşür, kitapçık, kullanım kılavuzu vb. yazılı doküman bulunmalıdır.

SORU SIRA NO	BÖLÜM ADI	SORU KOD	VERİMLİLİK YERİNDE DEĞERLENDİRME SORU LİSTESİ (ADSM VE ADSH)
139	KLİNİK MÜHENDİSLİK	KM.12	Biyomedikal dayanıklı taşınırlara yönelik periyodik teknik hizmetlerin uygulanmasına ilişkin biyomedikal tür bazlı yıllık plan mevcut mu?
		KM.12.1	Periyodik bakım yapılan biyomedikal dayanıklı taşınırlar için söz konusu işlemleri ile ilgili yıllık plan yapılmış olmalıdır.
		KM.12.2	Ölçümlemeye (metroloji) tabi biyomedikal dayanıklı taşınırlar için söz konusu işlemleri ile ilgili yıllık plan yapılmış olmalıdır.
140	KLİNİK MÜHENDİSLİK	KM.13	Biyomedikal teknik hizmetlere ait faturaların veri girişleri Biyomedikal Teknik Hizmet Yönetimi Ekranında yapılıyor mu?
		KM.13.1	Biyomedikal teknik hizmetlere ait fatura içeriği Biyomedikal Teknik Hizmet Yönetimi ekranında yer alan teknik hizmet türleriyle uyumlu olmalıdır.
		KM.13.2	Biyomedikal teknik hizmetlere ait fatura içeriği Biyomedikal Teknik Hizmet Yönetimi ekranında yer alan biyomedikal cihaz bilgileriyle uyumlu olmalıdır.
		KM.13.3	Biyomedikal teknik hizmetlere ait fatura içeriği Biyomedikal Teknik Hizmet Yönetimi ekranında yer alan ödeme bilgileriyle uyumlu olmalıdır.
		KM.13.4	Teknik Hizmet Yönetim Ekranına girilen işlem tutarı ile TDMS 740.06.16.02.01 "Bakım Onarım Giderleri" hesap kodu ile eşit olmalıdır.
		KM.13.5	Teknik Hizmet Yönetim Ekranına girilen "Arıza Sonrası Ölçümleme Hizmeti ve Periyodik Ölçümleme Hizmeti" toplam işlem tutarı ile TDMS 740.06.16.02.02 " Ölçümleme Giderleri" hesap kodu ile eşit olmalıdır.
141	KLİNİK MÜHENDİSLİK	KM.14	Teknik hizmet uygulanan biyomedikal dayanıklı taşınırlara ait künye numaraları teknik servis formlarında yer alıyor mu?
		KM.14.1	Teknik servis formlarında teknik hizmet uygulanan biyomedikal dayanıklı taşınırlara ait künye numarası bulunmalıdır.
		KM.14.2	Ölçümleme (metroloji) raporlarında ölçümleme yapılan biyomedikal dayanıklı taşınırlara ait künye numarası bulunmalıdır.
142	KLİNİK MÜHENDİSLİK	KM.15	Sağlık tesisi dışından alınan biyomedikal teknik hizmet faaliyetleri süresince hizmeti sunan kişilere sağlık tesisi ilgili personeli tarafından refakat ediliyor mu?
		KM.15.1	Sağlık tesisi dışından alınan biyomedikal teknik hizmet faaliyetleri süresince hizmeti sunan kişilere klinik mühendislik hizmetleri birim personeli tarafından refakat edildiğine ilişkin kayıtlar bulunmalıdır.
143	KLİNİK MÜHENDİSLİK	KM.16	Biyomedikal Metroloji Faaliyetleri kapsamında Nöbet hizmet alanı, poliklinik, görüntüleme, laboratuvar, servis, ameliyathane, sterilizasyon ve özellikli ünitelerde yapılan işlemler mevzuata uygun mu?
		KM.16.1	Sağlık tesislerinde bulunan biyomedikal dayanıklı taşınırların ölçümleme işlemleri (standart, parametre, rapor ve etiket içerikleri) mevzuata uygun olmalıdır.
		KM.16.2	Sağlık tesislerinde bulunan biyomedikal dayanıklı taşınırların ölçümleme işlemlerini gerçekleştiren personel niteliği mevzuata uygun olmalıdır.
		KM.16.3	Sağlık tesislerinde bulunan biyomedikal dayanıklı taşınırların ölçümleme işlemleri kapsamında kullanılan referans cihazların (kalibratör, fantom, analizör gibi) niteliği mevzuata uygun olmalıdır.
144	KLİNİK MÜHENDİSLİK	KM.17	Validasyon Hizmeti kapsamında yapılan işlemler aşağıda belirtilen standartlara uygun yapılıyor mu?
		KM.17.1	Ameliyathane validasyon işlemleri TS EN 14644/ DIN 1946-4 standartlarına uygun olarak yılda en az 1 kez yapılmalıdır. Bu testler kapsamında partikül ölçümü, fark basınç ölçümü, sıcaklık-nem ölçümü, hava değişim sayısı ve filtre sızdırmazlık testleri yapılmalıdır. İlgili ölçüm sonuçları, ölçüm yapılan mahalin alan ve hacim olarak ölçümleri, oda krokisi, olması gereken temiz oda sınıfı (asgari ISO Class 7 sınıfında olmalıdır), hava akış yönü raporda belirtilmelidir. (Bu kriter sadece ADSH lere değerlendirilecektir.)
		KM.17.2	Sterilizasyon ünitesindeki steril alanlarda validasyon ölçümleri yılda en az 1 kez yapılmalıdır. Bu alanda filtre sızdırmazlık, partikül ölçümü, hava değişim sayısı, fark basınç ve sıcaklık-nem ölçümleri yapılmalıdır. İlgili ölçüm sonuçları, ölçüm yapılan mahalin alan ve hacim olarak ölçümleri, oda krokisi, hava akış yönü (hava akış yönü steril alandan kirli alana doğru olmalıdır) raporda belirtilmelidir.
		KM.17.3	Hepa filtre kullanılan alanlarda filtre sızdırmazlık testi ve partikül ölçüm sonuçlarına göre filtre değişimi yapılmalıdır. Filtre sızdırmazlık testi ve görsel muayenesinde sorun olmayan filtrelerin değişimi yapılmamalıdır.
		KM.17.4	Validasyon ölçümleri yapan referans donanımlar ilgili standart ve mevzuatlara uygun olmalıdır. Validasyon raporlarında cihazların marka, model ve seri numarası bilgileri ile güncel kalibrasyon sertifikaları bulunmalıdır.
145	KLİNİK MÜHENDİSLİK	KM.18	Biyomedikal insan kaynakları sistemine veri girişi yapılıyor mu?
		KM.18.1	Klinik Mühendislik Hizmetleri personelinin (hizmet alım personeli de dahil olmak üzere) verileri Biyomedikal İnsan Kaynakları Sistemine girilmelidir.
146	KLİNİK MÜHENDİSLİK	KM.19	Klinik Mühendislik Hizmetleri'ne ilişkin organizasyon yapısı ve iletişim kanalları belirlenmiş mi?
		KM.19.1	Klinik Mühendislik Hizmetleri'ne ilişkin mevzuata uygun oluşturulacak organizasyon yapısında sağlık tesisi, İl Sağlık Müdürlüğü ve Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü dahilinde iletişim kanalları bulunmalıdır.
147	KLİNİK MÜHENDİSLİK	KM.20	Biyomedikal teknik servis atölyesi uygun fiziki koşullara sahip mi? (Biyomedikal Teknik Servis hizmeti olmayan sağlık tesisleri sorudan muaftr.)
		KM.20.1	Duvar ve tavanlar boyanmış, zeminler temiz, varsa borular (atık su, kalorifer vb.) yalıtılmış olmalıdır.

SORU SIRA NO	BÖLÜM ADI	SORU KOD	VERİMLİLİK YERİNDE DEĞERLENDİRME SORU LİSTESİ (ADSM VE ADŞH)
		KM.20.2	Haşerelere karşı önlemler alınmalı ve düzenli olarak ilaçlanmalıdır.
		KM.20.3	Atölyede yeterli aydınlatma ve havalandırma sistemi olmalı, yangın tüpü bulunmalıdır.
		KM.20.4	Atölye çalışma tezgahı yanmaz, yüzeyi antistatik malzeme ile kaplı olmalıdır.
		KM.20.5	Atölye zemini PVC esaslı antistatik malzeme ile kaplı olmalıdır.
		KM.20.6	Atölyede Verimlilik Yerinde Değerlendirme Rehberi'nde belirtilen teçhizatların olması gerekmektedir.
		KM.20.7	Atölye içerisinde el yıkama lavabosu bulunmalıdır.
148	KLİNİK MÜHENDİSLİK	KM.21	Biyomedikal Teknik Servis Atölyesi faaliyet raporu hazırlanmış mı? (Biyomedikal Teknik Servis hizmeti olmayan sağlık tesisleri sorudan muafur.)
		KM.21.1	Atölye tarafından bakım / onarımı yapılan cihazların listesi biyomedikal tür bazlı hazırlanmalıdır.
		KM.21.2	Bakım / onarımı yapılan cihazların sayısı, bakım /onarımını yapan personelin bilgisinin olduğu aylık faaliyet raporu hazırlanmalı, üçer aylık süreçlerde faaliyet raporları harcama yetkilisine sunulmalıdır.
149	BİYOMEDİKAL DEPO	BD.1	Biyomedikal depolarında yapılan işlemlerin taşınır işlem fişleri, Malzeme Kaynakları Yönetim Sistemi'nden alınıyor mu?
		BD.1.1.	Biyomedikal depolarında yapılan (giriş, çıkış, devir, hurda, zimmet vb.) işlemlerin taşınır işlem fişleri MKYS'den alınmış olmalı, teslim eden ve alan kısımları imzalı olarak dosyalanmalıdır.
150	BİYOMEDİKAL DEPO	BD.2	Taşınır kayıt yetkililerine verilen eğitimlere yönelik; eğitim planı, içeriği ve katılımcılar hakkında dokümanlar mevcut mu?
		BD.2.1	Biyomedikal Depo Taşınır Kayıt Yetkililerine İl Sağlık Müdürlüğü Biyomedikal Mühendislik Hizmetleri Birimi tarafından biyomedikal dayanıklı taşınır sınıflandırma (tür, tanım, taşınır kod gibi) ve biyomedikal dayanıklı taşınırlara yönelik teknik bilgi verilmelidir.
		BD.2.2	Biyomedikal Depo Taşınır Kayıt Yetkililerine İl Sağlık Müdürlüğü Biyomedikal Mühendislik Hizmetleri Birimi tarafından klinik mühendislik ekranlarının kullanımına yönelik teknik bilgi verilmelidir.
151	BİYOMEDİKAL DEPO	BD.3	İstatistik biriminin biyomedikal dayanıklı taşınırlar ile ilgili tuttuğu veriler ve biyomedikal dayanıklı taşınır depo kayıtları birbiri ile uyumlu mu?
		BD.3.1	İstatistik birimi tarafından TSİM Uygulama Rehberi'nde belirtildiği şekilde kaydedilen (heke ayrılmış ya da tamamen kullanım dışında olduğundan hek işlemleri başlatılmış cihazlar dışındaki) biyomedikal dayanıklı taşınırlar ile MKYS'deki (aktif ve pasif toplam) biyomedikal dayanıklı taşınır depo kayıtları birbiri ile uyumlu olmalıdır. (MKYS'de cihazın durumu hek sürecinde olanların verileri TSİM sayılarına dahil edilmeyecektir)
152	BİYOMEDİKAL DEPO	BD.4	Biyomedikal dayanıklı taşınır depo kapsamındaki hesap kodlarında kayıtlı olan ancak biyomedikal dayanıklı taşınır niteliğinde olmayan malzemelerin uygun depolara devirleri yapılmış mı?
		BD.4.1	Biyomedikal Dayanıklı Taşınır Depo kapsamındaki hesap kodlarında kayıtlı olan ancak biyomedikal dayanıklı taşınır niteliğinde olmayan demirbaşların uygun depolara devirleri yapılmalıdır.
		BD.4.2	Biyomedikal Dayanıklı Taşınır Depo kapsamındaki hesap kodlarında kayıtlı olan ancak tüketim malzemesi niteliğinde olan malzemelerin uygun depolara devirleri yapılmalıdır.
153	BİYOMEDİKAL DEPO	BD.5	Özellikli sağlık araçlarında bulunan biyomedikal dayanıklı taşınırların depo kaydı mevcut mu?
		BD.5.1	Özellikli sağlık araçlarında bulunan biyomedikal dayanıklı taşınırların kullanım yeri bilgisi "Özellikli Sağlık Aracı" olmalıdır.
154	BİYOMEDİKAL DEPO	BD.6	Biyomedikal Dayanıklı Taşınır Depolarında Yapılan H.E.K ve Kullanılamaz Hale Gelme/Yok Olma işlemleri, yönetmeliklere uygun yapılıyor mu?
		BD.6.1	HEK'e ayrılması için hazırlanan teknik raporda biyomedikal dayanıklı taşınırların künye numaraları belirtilmeli ve işlemler Biyomedikal Dayanıklı Taşınırların HEK'e Ayrılması Talimatına uygun olarak yapılmalıdır.
		BD.6.2	Sağlık tesisi yöneticisinden, yapılacak her hurda veya kullanılamaz hale gelme/yok olma işlemleri ve komisyon kurulması için onay alınmış olmalıdır.
		BD.6.3	Hurda veya kullanılamaz hale gelme/yok olma işlemi yapılacak taşınırlar için, durum tespit raporu ile kayıttan düşme teklif onay tutanakları düzenlenmiş, komisyon tarafından imzalanmış ve harcama yetkilisi tarafından onaylanmış olmalıdır.
		BD.6.4	Hurdaya ayrılmış taşınırların teslim alınması için, MKE veya Milli Emlak Müdürlüğü'ne resmi yazı yazılmış olmalıdır.
		BD.6.5	Düzenlenen taşınır işlem fişlerinin, teslim eden ve teslim alan kısımları imzalı olmalıdır.
		BD.6.6	Hurda veya kullanılamaz hale gelme/yok olma işlemi genel bütçe ise, kayıttan düşme teklif onay tutanağı ve taşınır işlem fişi üst yazı ile ilgili defterdarlık veya mal müdürlüğüne; döner sermaye ise kayıttan düşme teklif onay tutanağı, taşınır işlem fişi ve amortisman çıkış belgesi muhasebe işlem fişi (MİF) ekinde ilgili saymanlığa gönderilmiş olmalıdır.
155	BİYOMEDİKAL DEPO	BD.7	Sağlık Tesisi tarafından kullanılan yazılımların depo kaydı mevcut mu?

SORU SIRA NO	BÖLÜM ADI	SORU KOD	VERİMLİLİK YERİNDE DEĞERLENDİRME SORU LİSTESİ (ADSM VE ADSH)
		BD.7.1	Satın alınan yazılımların 267-01 altında ilgili 2. Düzey Taşınır Kodunda depo kaydı olmalıdır.
		BD.7.2	Hizmet alımı yapılan veya süreli olarak edinilen yazılımların Dayanıklı Taşınır Hizmet Alım Ekranında kaydı olmalıdır.
156	BİYOMEDİKAL DEPO	BD.8	Biyomedikal tüketim malzemesi istem belgelerinde istenilen malzemenin tanımı ve kullanılacağı taşınır ait künye bilgisi mevcut mu?
		BD.8.1	Biyomedikal tüketim malzemesi istemi yapılırken, yazılım üzerinden düzenlenen ve/veya matbu formdaki istem belgelerinde malzemenin kullanılacağı dayanıklı taşınım ait künye bilgisinin doldurulacağı alan bulunmalıdır ve bu alan istem yapan personel tarafından doldurulmuş olmalıdır.
		BD.8.2	İstem belgesinde bulunan malzeme tanımı MKYS Biyomedikal Tüketim Malzemeleri Sınıflandırma Sistemi ile uyumlu olmalıdır.
157	BİYOMEDİKAL DEPO	BD.9	Biyomedikal dayanıklı taşınırların ve tüketim malzemelerinin satın alma süreçlerinde kullanılan tanımlamalar depo kayıtlarına uygun mu?
		BD.9.1	Biyomedikal dayanıklı taşınır ve tüketim malzemelerinin satın alma süreçlerinde kullanılan malzeme isimleri ile MKYS tanımları aynı olmalıdır.
		BD.9.2	Biyomedikal dayanıklı taşınır ve tüketim malzemelerine ait sözleşmelerde (idari veya teknik şartnamede), tıbbi cihaz kapsamındaki malzemelerin TITUBB / ÜTS kayıtlarının olması ile ilgili madde bulunmalıdır.
		BD.9.3	Biyomedikal dayanıklı taşınır ve tüketim malzemelerine ait sözleşmelerde (idari veya teknik şartnamede) tıbbi cihaz kapsamındaki malzemelerin ilgili mevzuata atıf yapılarak kullanım amacı ile ilgili madde bulunmalıdır.
158	BİYOMEDİKAL DEPO	BD.10	Biyomedikal dayanıklı taşınırlara ve tüketim malzemelerine ait fatura içeriği depo kayıtlarına uygun mu?
		BD.10.1	Biyomedikal dayanıklı taşınırlara ve tüketim malzemelerine ait fatura içeriği depo kayıtlarına uygun olmalıdır.
		BD.10.2	Biyomedikal dayanıklı taşınır ve tüketim malzemelerine ait faturalarda TITUBB / ÜTS barkod bilgisi bulunmalı, barkod bilgisi ile biyomedikal depo kayıtlarındaki cihaz bilgileri birbiri ile uyumlu olmalıdır.
159	BİYOMEDİKAL DEPO	BD.11	Biyomedikal dayanıklı taşınırlar sağlık tesisi dışına çıkarıldığında, MKYS "Malzeme İşlemleri" modülünden emanet çıkışı ve emanet iade işlemleri yapılıyor mu?
		BD.11.1	Biyomedikal dayanıklı taşınırlar teknik hizmet kapsamında sağlık tesisi dışına çıkarıldığında, MKYS "Malzeme İşlemleri" modülünden emanet çıkışı yapılmalı, emanet çıkışı yapılan dayanıklı taşınır ait çıkış TİF'i dayanıklı taşınırı teslim eden ve teslim alan tarafından imzalanmalıdır.
		BD.11.2	Biyomedikal dayanıklı taşınırlar sağlık tesisine geri iade edildiğinde, MKYS "Malzeme İşlemleri" modülünden emanet iade işlemi yapılmalı, emanet iade işlemi yapılan taşınır ait giriş TİF'i dayanıklı taşınırı teslim eden ve teslim alan tarafından imzalanmalıdır.
160	BİYOMEDİKAL DEPO	BD.12	Piyasa Gözetimi ve Denetimi (PGD) Uyarı Sistemine yönelik yapılan iş ve işlemler "PGD ve Olumsuz Olay Bildirim Talimatına" uygun yapılıyor mu?
		BD.12.1	Biyomedikal Depo kapsamındaki tıbbi cihaz ve tüketim malzemeleriyle ilgili olumsuz olayların takibi için Biyomedikal Materyovijilans Sorumlusu görevlendirilmiş olmalı ve Biyomedikal Materyovijilans Sorumlusu tarafından cihaz kullanıcılarına materyovijilans alanında eğitim verilmelidir.
		BD.12.2	Biyomedikal Materyovijilans Sorumlusu tarafından cihaz kullanıcılarına materyovijilans alanında verilen eğitimin içeriği hakkında dokümanlar bulunmalı, katılımcıların kayıtları olmalıdır.
		BD.12.3	Biyomedikal Depolar kapsamında Piyasa Gözetimi ve Denetimi (PGD) Uyarı Sistemine yönelik yapılacak iş ve işlemlerle ilgili yazılı bir talimat mevcut olmalı, yapılan iş ve işlemler talimata uygun yapılmalıdır.
161	BİYOMEDİKAL DEPO	BD.13	Biyomedikal dayanıklı taşınır depo kapsamında kişi veya ortak kullanıma verilen demirbaşların taşınır teslim belgesi (zimmet fişi) mevcut mu?
		BD.13.1	Kişi veya ortak kullanıma verilen dayanıklı taşınırların kullanıma verme (zimmet) işlemleri güncel olarak yapılmış olmalıdır.
		BD.13.2	Kullanıma verilen dayanıklı taşınırlar için, iki nüsha taşınır teslim belgesi düzenlenmiş olmalı, karşılıklı imzalandıktan sonra bir nüshası zimmet sahibine teslim edilmelidir.
		BD.13.3	Sağlık tesislerinde aktif olarak kullanılan biyomedikal dayanıklı taşınırların zimmetleri yapılmış olmalıdır.
		BD.13.4	Kullanım yeri bilgisi "evde sağlık" olan biyomedikal dayanıklı taşınırlar için Kullanıma Verme - Hasta Evde Bakım işlem türüyle yapılmış Taşınır Teslim Belgesi (zimmet fişi) düzenlenmiş olmalıdır.
162	MUHASEBE VE BÜTÇE UYGULAMALARI	MBU.1	Performansa dayalı ek ödemeler ayın 13'ne kadar tahakkuklaştırılıp muhasebe birimine ulaştırılıyor mu?
		MBU.1.1	Performansa dayalı ek ödemeler ayın 13'ne kadar tahakkuklaştırılıp muhasebe birimine ulaştırılmalıdır.
163	MUHASEBE VE BÜTÇE UYGULAMALARI	MBU.2	Nöbet, icap ve fazla mesai ücretleri en geç ayın 15'ne kadar tahakkuklaştırılıp Muhasebe Birimine ulaştırılıyor mu?
		MBU.2.1	Nöbet, icap ve fazla mesai ücretleri en geç ayın 15'ne kadar tahakkuklaştırılıp muhasebe birimine ulaştırılmalıdır.
164	MUHASEBE VE BÜTÇE UYGULAMALARI	MBU.3	Hizmet alımı tahakkuk kayıtları her ayın 5'ine kadar muhasebe birimine gönderiliyor mu?
		MBU.3.1	Hizmet alımı tahakkuk kayıtları her ayın 5'ine kadar muhasebe birimine gönderilmelidir.

SORU SIRA NO	BÖLÜM ADI	SORU KOD	VERİMLİLİK YERİNDE DEĞERLENDİRME SORU LİSTESİ (ADSM VE ADSH)
165	MUHASEBE VE BÜTÇE UYGULAMALARI	MBU.4	21/f ve 22/d yöntemiyle yapılan doğrudan teminlerin onayları Analitik Bütçe Sistemi üzerinden alınıyor mu?
		MBU.4.1	21/f ve 22/d yöntemiyle yapılan doğrudan teminlerin onayları Analitik Bütçe Sistemi üzerinden alınmalıdır.
166	MUHASEBE VE BÜTÇE UYGULAMALARI	MBU.5	21/f ve 22/d yöntemiyle yapılan doğrudan teminlerin limit takipleri ve kısıtlamaları yapılıyor mu?
		MBU.5.1	21/f ve 22/d yöntemiyle yapılan doğrudan teminlerin limit takipleri ve kısıtlamaları yapılmalıdır.
167	MUHASEBE VE BÜTÇE UYGULAMALARI	MBU.6	Alacak takipleri düzenli olarak yapılıyor mu? Tahsil edilemeyen alacaklar ile ilgili yasal takip başlatılmış mı?
		MBU.6.1	Alacak takipleri düzenli olarak yapılmalı ve tahsil edilemeyen alacaklar ile ilgili yasal takip başlatılmalıdır.
168	MUHASEBE VE BÜTÇE UYGULAMALARI	MBU.7	SGK tarafından ilaç ve malzeme kesintilerinin takibi yapılıyor mu?
		MBU.7.1	SGK tarafından ilaç ve malzeme kesintilerinin takibi yapılmalıdır.
169	MUHASEBE VE BÜTÇE UYGULAMALARI	MBU.8	Temlikler ve icra takibi yapılıyor mu?
		MBU.8.1	Temlikler ve icra takibi yapılmalıdır.
170	MUHASEBE VE BÜTÇE UYGULAMALARI	MBU.9	Kişi ve iş avansları takip ediliyor mu?
		MBU.9.1	Kişi ve iş avansları takip edilmelidir.
171	MUHASEBE VE BÜTÇE UYGULAMALARI	MBU.10	TDMS Ön Muhasebe Modülünden evrak girişi yapıldıktan sonra ıslak imzalı evraklar 3 iş günü içerisinde muhasebe birimine teslim ediliyor mu?
		MBU.10.1	TDMS Ön Muhasebe Modülünden evrak girişi yapıldıktan sonra ıslak imzalı evraklar 3 iş günü içerisinde muhasebe birimine teslim edilmelidir.
172	MUHASEBE VE BÜTÇE UYGULAMALARI	MBU.11	TDMS Ön Muhasebe Modülüne ödemeye esas belgeler taratılıp yükleniyor mu?
		MBU.11.1	TDMS Ön Muhasebe Modülüne ödemeye esas belgeler taratılarak yüklenmelidir.
173	MUHASEBE VE BÜTÇE UYGULAMALARI	MBU.12	Belirli bir süreye bağlanan sözleşmeler için yapılan taahhütler takip ediliyor mu?
		MBU.12.1	Belirli bir süreye bağlanan sözleşmeler için yapılan taahhütler takip edilmelidir.
174	MUHASEBE VE BÜTÇE UYGULAMALARI	MBU.13	Periyodik olarak vezne kontrolleri yapılıyor mu?
		MBU.13.1	Periyodik olarak vezne kontrolleri yapılmalıdır.
175	MUHASEBE VE BÜTÇE UYGULAMALARI	MBU.14	İhale Komisyonlarında görevlendirilen üyeler zamanında görevlendiriliyor mu? Komisyon üyelerine 4734 sayılı kanunda belirtilen süre içerisinde ihale dokümanları teslim ediliyor mu?
		MBU.14.1	İhale Komisyonlarında görevlendirilen üyeler zamanında görevlendirilmeli, komisyon üyelerine 4734 sayılı kanunda belirtilen süre içerisinde ihale dokümanları teslim edilmelidir.
176	MUHASEBE VE BÜTÇE UYGULAMALARI	MBU.15	4734 sayılı kanun kapsamında yapılan ve iş artışı ve iş eksilişi öngörülen ihalelere ait sözleşmelerde iş artışı veya iş eksilişi yapılması durumunda %'lik orana riayet edilmiş mi? Ayrıca bu işlemlere ilişkin EKAP (Elektronik Kamu Alımları Platformu) kayıtları düzgün tutulmuş mu?
		MBU.15.1	4734 sayılı kanun kapsamında yapılan ve iş artışı ve iş eksilişi öngörülen ihalelere ait sözleşmelerde iş artışı veya iş eksilişi yapılması durumunda %'lik orana riayet edilmeli ve bu işlemlere ilişkin EKAP (Elektronik Kamu Alımları Platformu) kayıtları düzgün tutulmalıdır.
177	MUHASEBE VE BÜTÇE UYGULAMALARI	MBU.16	Sağlık tesislerinde yönetimin uygun gördüğü ameliyathane için maliyet analizi yapılıyor mu?
		MBU.16.1	Sağlık tesislerinde yönetimi tarafından uygun görülen ameliyathane için; bu ameliyatlarda kullanılan malzeme ve sarfların giderleri ve miktarları aylık olarak takip edilmeli ve maliyet analizi yapılmalıdır.
178	MUHASEBE VE BÜTÇE UYGULAMALARI	MBU.17	Döner sermaye kaynaklı satınalma, devir, hibe vb. giriş işlem TİF'leri en geç 10 gün içerisinde muhasebeleştiriliyor mu?
		MBU.17.1	Muayene kabul tarihinden itibaren en geç 10 gün içerisinde, taşınır işlem fişi ve muhasebe işlem fişi (MİF) düzenlenmiş olmalıdır.
		MBU.17.2	TDMS performans tablosunda, taşınır muhasebeleştirme gün süresi 10 günün altında olmalıdır.