1. **AMAÇ:**

Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde klinik servislerde tedavi gören hastalara ait düzenlenen tıbbi dokümanlardan oluşan hasta dosyasının oluşturulması, kullanılması ve muhafaza edilmesi ile ilgili hususları belirlemek ve Hasta Dosyası Arşiv hizmetlerinin sağlıklı bir şekilde yürütülmesini sağlamak.

1. **KAPSAM (UYGULAMA ALANI):**

Bu prosedür Tıbbi Arşiv Birim faaliyetlerini kapsar.

1. **REFERANSLAR:**
2. S.B. Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği
3. S.B. Yataklı Tedavi Kurumları Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri Yönergesi
4. S.B. Hastane Hizmet Kalite Standartları
5. S.B. Arşiv Yönetmeliği
6. Devlet Hizmetleri Arşivleri Hakkında Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik
7. T.C. Başbakanlık Devlet Arşivleri Genel Müdürlüğü Saklama Planları
8. Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları Saklama Süreli Standart Dosya Planı
9. **TANIMLAR:**
   1. **Hasta dosyası:** Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde yatarak tedavi gören hastalara, yaralılara, acil ve adli vakalara ait teşhis ve tedavi evrakının muhafaza edildiği; A4 kâğıdı boyutlarında kenarlarında renkli şeritler bulunan, kartondan imal edilmiş ve iki kapaktan oluşan telli saklama aracını ifade eder.
   2. **Vekil Dosya:** Arşivden alınan dosyaların Dosya İzleme Fişi ile takip edilmesi amacıyla, asıl dosyanın yerine geçici olarak konulan ve asıl dosya ile aynı ebatlardaki biri A4 boyutunda diğeri onun üstünde dosya istek fişinin konulacağı şeffaf cep bulunan; araştırma için alınanların kırmızı, diğer birimlere gönderilenlerin siyah renkte olduğu plastik dosyayı ifade eder.
   3. **Model Dosya:** Arşivde bulunan hasta dosyalarının herhangi bir nedenle yerinde olmaması veya Arşive ulaşım imkanı olmayan durumlarda, asıl dosyanın yerine geçici olarak oluşturulan kapaklı, telli dosyadır. Asıl hasta dosyası Arşive geldiğinde Model Dosyada bulunan tıbbi dokümanların tamamı asıl hasta dosyasına aktarılarak Model Dosya iptal edilir.
10. **SORUMLULAR:**
11. Başhekim Yardımcısı
12. Müdür Yardımcısı
13. Arşiv Sorumlusu
14. Dosyalama Memuru
15. Sorumlu Doktor
16. Sorumlu Hemşire
17. Servis Sekreteri
18. **HASTA DOSYALARINA YÖNELİK DÜZENLEME**
    1. Tıbbi Arşiv Birimi, hasta dosyalarının muhafaza edildiği ve hizmete sunulduğu birimdir.
    2. Hasta Dosyası olarak, Yataklı Tedavi Kurumları Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri Yönergesi’nde belirtilen A4 kâğıdı boyutlarında, nümerik sisteme göre renkli şeritler bulunan, kartondan imal edilmiş ve iki kapaktan oluşan telli saklama aracı kullanılır.
    3. Tıbbi kayıt kalitesi yönünden her hasta için tek dosya kullanılır.
    4. HBYS’de bulundurulmayan form ve dokümanların belirlenerek, Hasta Dosyası içeriğinin belirlenmesinden Başhekimlik sorumludur.
    5. Hasta Dosyalarının içeriklerinin tam ve eksiksiz olarak doldurulmasından servis sekreteri ve servis sorumlu hemşiresi sorumludur.
    6. Arşiv görevlisine teslim edilecek dosyanın muhtevasına göre herhangi bir evrakın eksik olup olmadığını kontrol etmek, dosya üzerinde gerekli Adli Vaka ve Ex işaretlemelerini yapmak teslim edenin sorumluluğundadır.
    7. Dosyaların Arşiv içerisinde muhafaza edilmesinden tüm Arşiv çalışanları sorumludur.
    8. HBYS üzerinden istemi yapılan hasta dosyalarının Hastane içerisinde dolaşımının sağlanmasından Dosyalama Memuru sorumludur.
    9. Hasta Dosyasına takılmadan, dosya arasına konularak veya elden gönderilen belgeler Arşivde teslim alınmaz.
    10. Servislerde hasta dosyasının hazırlanmasında STH-P-19 Dosta İçerik Kontrol Prosedürü esas alınır.
    11. Dosya işlemlerinin yürütülmesinde ARŞ-T-01 Hasta Dosyası Kullanım Talimatı esas alınır.
19. **UYGULAMA DETAYI (FAALİYET AKIŞI):**

**7.1.Dosyaların Açılması**

* 1. Hasta ve/veya yaralı için Hastane bünyesinde verilen tüm teşhis ve tedavi hizmetlerine ilişkin üretilen form ve dokümanların tamamının tek bir dosyada tutulması esastır.
  2. Acil servis ve klinik servislere ilk kez yatan hastalara, servislere zimmet karşılığı teslim edilen dosyalar, servis sekreteri veya acil vezne görevlisi tarafından sıra numarasına göre açılır ve dosya numarası HBYS içerisinde ‘Arşiv No’ alanına kaydedilir.
  3. HBYS’de ‘Arşiv No’ kaydı bulunmayan ancak önceden yatışı olan hastaların Arşivdeki eski dosyalarının alınarak dokümanların tarih sırasına göre yeni dosyaya aktarılmasının sorumluluğu servis sekreterine aittir.
  4. Hasta dosyasının üzerine hastanın soyadı, adı okunaklı bir şekilde tükenmez kalemle yazılır. Sonradan olan ad veya soyadı değişikliği durumlarında dosya üzerinde gereken düzeltme ilgili sekreter tarafından yapılır.
  5. Adli Vaka ve Ex işaretlemeleri ilgili sekreter tarafından hem Hasta Dosyası üzerine hem de HBYS içerisine yapılır.
  6. Hasta dosyasına hiçbir barkot yapıştırılmaz. Gerekli durumlarda hasta barkotları Hasta Kartının üzerine, ilaç ve malzeme barkotları ise A4 kağıda yapıştırılarak dosyaya takılır.
  7. Yeni açılan her dosyaya ilk evrak olarak Hasta Kartının çıktısı takılır.
  8. Hasta dosyası kaydı bulunan bir hasta için yeni bir dosya numarası tanımlanamaz.

**7.2.Arşivden Dosya İstenmesi**

* 1. Dosyası bulunan hastanın daha sonraki yatışlarında Arşiv No ile HBYS üzerinden dosya istek yapılır.
  2. Servislerde yatışı olan veya kür alan hastaların dosyasının, yatış süresince serviste bulundurulması gerekmektedir.
  3. ‘Tedavi’, ‘Muayene’, ‘Araştırma dosyası’, ‘İdari inceleme’, ‘Adli vaka’, ‘Fotokopi’, ‘Evrak Yerleştirme’ ve ‘Eğitim Amaçlı’ dosya istemlerinin tamamı HBYS içerisinde ‘İstem Oluşturma’ ekranından, yetkiler doğrultusunda yapılır.
  4. Acil servislerde Arşivden dosya istemi yapılmaz. Tanımlı dosyası olmayan hastaya yeni dosya açılır ve dosya numarası ‘Arşiv No’ alanına kaydedilir. Hastaya tanımlı bir dosya numarası varsa, o numara üzerinden Model dosya açılır. Üretilen dokümanlar tarih sırasına göre Model Dosyaya takılarak Arşive gönderilir.

**7.3.Dosyaların Arşivden Çıkışı**

1. Otomasyon üzerinden Arşiv Hareketleri ‘İstem Karşılama’ ekranına düşen dosya isteklerinin ‘Dosya İzleme Fişleri’ İstem Karşılama Memuru tarafından çıkartılır, numara sırasına konur ve vekil dosyalara yerleştirilir.
2. İstem yapılan dosyalar, yerlerine vekil dosyalar yerleştirilerek yerinden çıkartılır, üzerine gideceği servis ismi kurşun kalemle not alınır ve Giden Dosya dolaplarındaki ilgili rafa konur.
3. HBYS üzerinden ‘Tedavi’ amaçlı yapılan dosya istemlerinde acil olduğu bildirilenler hemen, diğerleri ortalama 20 dakikalık bir bekleme süresinden sonra Arşivden çıkartılır ve Dosyalama Memuru tarafından istem yapan sekretere teslim edilir.
4. Sekreter tarafından yapılan ‘İstem Kabul’ işlemi sonrası dosya konumu ilgili servisin üzerine geçer.
5. Muayene amaçlı poliklinikten dosya istemleri, servis sekreterinin istemi doğrultusunda gelen poliklinik görevlisine dosyanın teslim edilmesi şeklinde gerçekleştirilir.
6. ‘Adli Vaka’, ‘İdari İnceleme’, ‘Fotokopi’, ‘Evrak Yerleştirme’, ‘Araştırma Dosyası’ ve ‘Eğitim Amaçlı’ dosya kullanımları ilgili prosedür doğrultusunda yapılır.
7. Arşivden hiçbir dosya kayıtsız olarak çıkarılamaz ve hasta yakınlarına teslim edilemez.
8. Hasta dosyasının hastanın eline verilmeden Arşiv – Sekreter – Doktor arasında dolaşımı sağlanmalıdır.

**7.4.Dosyaların Teslim Alınması, İçeriğinin Kontrolü ve Kabulü**

1. Hasta taburcu olurken tedavi işlemleri süresince üretilen tüm dokümanlar servis sorumlu hemşireleri tarafından kontrol edildikten sonra servis sekreteri tarafından tarih sırasına göre düzenlenerek hasta dosyasına takılır.
2. Servisten taburcu olan hastanın dosyasının tam ve eksiksiz olarak doldurulması, kontrol edilmesi ve Arşiv Birimine teslim edilmesi ile ilgili hususlar konusunda Yatış Bazlı Dosya İçerik Kontrol Prosedürü doğrultusunda işlem yapılır.
3. Hasta dosyası ile işi biten servis sekreteri dosyayı düzenledikten ve gerekli işaretlemeleri yaptıktan sonra HBYS üzerinden dosyayı Arşive gönderir.
4. HBYS üzerinden gönderisi yapılan dosyalar sorumlu Dosyalama Memuru tarafından aşağıdaki unsurlar açısından kontrol edilerek teslim alınır.
   * Dosya üzerine herhangi bir barkot yapıştırılmamış olmalıdır.
   * Dosya içerisindeki belgeler düzenlenerek tele takılmış olmalıdır.
   * Yatak başında kullanılan şeffaf dosyalar dosya içerisine takılmamalıdır.
   * EKG, USG, NST, kan gazı vb. özel çıktılar titizlikle düzenlendikten sonra düzgün bir şeklide tele takılmalı, ataç veya zımba kullanılmamalıdır.
   * Hastanemizde vefat eden hastalar için Hasta Kartında gerekli işaretleme yapılmalı ve hasta dosyasının üzerine EXITUS notu düşülmelidir. Exitus hasta dosyaları, Arşivden tekrar istenemediği için tüm evrakları titizlikle düzenlendikten ve gerekli imzalar alındıktan sonra Arşive gönderilmelidir.
   * Adli vaka başvurusuyla gelen hastanın dosyasına ADLİ VAKA notu düşülmelidir.
   * Tüm dokümanların sonuna hastanın son yatışına ait taburculuk özeti (epikriz) imzalatılmış olarak takılmalıdır.
5. Dosyanın arasına konarak, tele takılmadan gönderilen dokümanlar, düzensiz dosyalar, epikrizi olmayan veya epikrizi imzasız olan dosyalar teslim alınamaz.
6. Servis sekreterinden teslim alınan dosyalar Dosyalama Memuru tarafından Arşive indirilir.
7. Dosyalama Memuru tarafından Arşiv modülü üzerinden kullanıcı girişi yapılarak ‘Arşiv Çekme’ işlemi uygulanır. İşlem sonrası dosya konumu Arşiv olarak değişir.

**7.5.Kabul Edilen Dosyaların Arşivde Yerleştirilmesi**

1. Arşive kabulü gerçekleştirilen hasta dosyaları numaralarına göre sıralanır ve numara kontrolü yapılarak yerine yerleştirilir. Yerinde vekil dosya varsa çıkartılarak büyük cepteki belgeler dosyaya takılır ve küçük cepteki ‘Dosya İzleme Fişi’ iptal edilir.
2. Acil servisten gelen Model Dosyalar Arşivde hasta dosyası ile birleştirilir. Yerinde vekil dosya varsa, Model dosyadaki belgeler vekil dosyanın büyük cebine yerleştirilir.
3. Kullanılmayacak kadar eskimiş, yırtılmış olan dosyalar yerine kaldırılmadan önce aynı numara ile yeni dosya yapılarak içindeki dokümanlar aktarılır ve dosya yerine kaldırılır.
4. Yerinde kırmızı vekil dosya bulunan dosyalar yerine yerleştirildikten sonra, kırmızı vekil dosyalar içindeki ‘Dosya İzleme Fişi’ne dokunulmadan Araştırma memuruna teslim edilir.

**7.6.Araştırma Dosyalarının Kullanımı**

1. Araştırma amaçlı dosya kullanımlarında **Selçuk Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu / Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu** kararı bulunma zorunluluğu vardır.
2. Araştırma dosyaları için otomasyon üzerinden ‘Araştırma Dosyası’ olarak ve ‘Doktor’ alanı doldurularak istem yapılması sağlanır.
3. Gelen istemlerin Dosya İzleme Fişi çıkartılarak kırmızı vekil dosyaya konur ve dosya raftan çıkartılır.
4. Araştırma amaçlı eski dosya istemlerinde, hastaya yeni dosya açılarak dokümanları aktarıldıktan sonra otomasyon üzerinden istem yapılması sağlanır.
5. “Araştırma Amaçlı Dosya Teslim Tutanağı” doldurarak 2 nüsha olarak çıktısı alınır. Tutanaklar dosyalarla birlikte istem yapan doktora götürülür ve imzalatılır. Bir kopyası bilgi amaçlı doktorda bırakılır, diğer kopyası Arşive indirilerek dosyalanır.
6. Geçerli süre içerisinde Arşive gönderilmeyen dosyaların kullanım süresinin uzatılması için Arşive konu ile ilgili bir dilekçe gönderilmelidir.
7. Araştırma Amaçlı Dosya Teslim Tutanakları ayrı bir klasörde muhafaza edilir.
8. Araştırma dosyaları Arşive geldiğinde “Araştırma Amaçlı Dosya Teslim Tutanağı’nda ilgili işaretlemeler yapılır, dosyalar otomasyon üzerinden kabul edilir ve yerine yerleştirilir.
9. Gelmeyen dosyalar varsa araştırmacı bilgilendirilir.

**7.7.Eğitim Amaçlı Dosyalarının Kullanımı**

1. Eğitim amaçlı hasta dosyası kullanımı için “Eğitim Amaçlı Dosya Teslim Tutanağı” doldurularak idari onay alınır.
2. Otomasyon üzerinden ‘Eğitim Amaçlı’ seçeneği kullanılarak ve ‘Doktor’ alanı doldurularak istem yapılması sağlanır.
3. Gelen istemlerin Dosya İzleme Fişi çıkartılarak kırmızı vekil dosyaya konur ve dosya raftan çıkartılır.
4. “Eğitim Amaçlı Dosya Teslim Tutanağı” imzalatılarak dosyalar teslim edilir. Tutanağın bir kopyası bilgi amaçlı doktorda bırakılır, diğer kopyası Arşive indirilerek dosyalanır.
5. Eğitim amaçlı eski dosya istemlerinde, hastaya yeni dosya açılarak dokümanları aktarıldıktan sonra otomasyon üzerinden istem yapılması sağlanır.
6. Eğitim amaçlı kullanılan dosyalar Arşive geldiğinde “Eğitim Amaçlı Dosya Teslim Tutanağı’nda ilgili işaretlemeler yapılır, dosyalar otomasyon üzerinden kabul edilir ve yerine yerleştirilir.

**7.8.İdari İnceleme Amaçlı Dosya Kullanımı**

1. Başhekimlik, Rapor Merkezi, Faturalama, Hasta Hakları, İstatistik vb. idari birimlerden gelen dosya isteklerinde ‘İdari İnceleme’ alanı seçilerek ve ‘Açıklama’ alanı doldurularak istem yapılır.
2. Gelen istemlerin ‘Dosya İzleme Fişi’ çıkartılarak kırmızı vekil dosyaya konur ve dosya, yerine vekil dosya yerleştirilerek raftan çıkartılır.
3. İdari inceleme amaçlı eski dosya istemlerinde, hastaya yeni dosya açılarak dokümanları aktarıldıktan sonra otomasyon üzerinden istem yapılması sağlanır.
4. Gerekli durumlarda Başhekimlik onayı alınarak veya “İdari İnceleme Amaçlı Dosya Teslim Tutanağı” doldurularak dosya teslim edilir.
5. İdari İnceleme Amaçlı Dosya Teslim Tutanakları ayrı bir klasörde muhafaza edilir.
6. Dosyalar Arşive geldiğinde “İdari İnceleme Amaçlı Dosya Teslim Tutanağı”nda ilgili işaretlemeler yapılır, dosya kabul edilir ve yerine yerleştirilir.

**7.9.Adli Vaka Amaçlı Dosya Kullanımı**

1. Hastanemizde adli vaka başvurusu olan dosyaların üzerine ‘ADLİ VAKA’ kaşesi vurulmakta ve HBYS içerisinde Arşiv Menüsü üzerinde Adli Vaka dosyası olduğunu belirten ‘Kırmızı zemin’ uyarısı kullanılmaktadır.
2. Hastanemizin adli birimlerle iletişimi Rapor Merkezi tarafından yürütülmektedir. Adli makamlara iletilmek üzere ‘Adli Vaka’ amaçlı dosya istemleri, Rapor Merkezi görevlisi tarafından otomasyon üzerinden istek nedeni olarak ‘Adli Vaka’ veya ‘Fotokopi’ seçilerek ve ‘Açıklama’ alanına gerekçe yazılarak yapılmaktadır.
3. Gelen istemlerin ‘Dosya İzleme Fişi’ çıkartılarak kırmızı vekil dosyaya konur ve dosya yerine kırmızı vekil dosya yerleştirilerek raftan çıkartılır.
4. Adli vaka amaçlı eski dosya istemlerinde, hastaya yeni dosya açarak dokümanları aktarıldıktan sonra otomasyon üzerinden istem yapılması sağlanır.
5. Otomasyon üzerinden dosyanın kabul edilmesi gerektiği konusunda birim görevlisine bilgi verilir.
6. Gerekli durumlarda “Adli Vaka Amaçlı Dosya Teslim Tutanağı” doldurularak birim görevlisine imzalatılır.
7. Adli Vaka Amaçlı Dosya Teslim Tutanakları ayrı bir klasörde muhafaza edilir.
8. Dosyalar Arşive geldiğinde “Adli Vaka Amaçlı Dosya Teslim Tutanağı”nda ilgili işaretlemeler yapılır, dosya kabul edilir ve yerine yerleştirilir.

**7.10.Dosyadan Fotokopi İstemlerinin Karşılanması**

1. Hasta dosyası Hastaneye aittir.
2. Hasta dosyasından doküman fotokopisi isteklerinde;
   1. Hastanın kendisine yazılı müracaatı ve kimlik fotokopisi ile verilebilir.
   2. Hastanın küçük, temyiz kudretinden yoksun veya kısıtlı olması halinde velisi veya vasisinin yazılı müracaatı ve kimlik fotokopisi ile verilebilir.
   3. Hastanın birinci derece yakınına hastanın yazılı izni ve kimlik fotokopisi ile verilebilir.
   4. Adli vaka hasta dosyası hastanın gelemeyecek olduğu durumlarda hastanın birinci derece yakınına hastanın dilekçesi veya doktorun yazılı veya sözlü dosya istemi ile verilebilir.
   5. Hastanın noter tasdikli vekaleti doğrultusunda verilebilir.
   6. Ex hasta dosyaları gerekçeli yazı ve Başhekimlik onayı ile verilebilir.
   7. Gerekli görülen hallerde (Sigorta şirketi istemleri, dava açma durumları vb.) hasta dosyası idari amirin onayı doğrultusunda verilebilir.
3. Tüm istek dilekçeleri hem elektronik hem de matbu olarak tarih sırasına göre ayrı bir klasörde muhafaza edilir.
4. **ARŞİV PLANI VE YETKİLENDİRME**
   * + 1. Arşiv yerleşim planı elde üretilerek Arşiv içerisinde ilgili yerlere asılmıştır.
       2. Arşiv biriminin yönetiminden ve idari işlerin yürütmesinden Arşiv Sorumlusu sorumludur.
       3. Servislerden tarafından otomasyon üzerinden yapılan dosya isteklerinin takip edilmesinden, dosyanın çıkarılmasından ve zamanında gönderilmesinden İstem Karşılama Memuru sorumludur.
       4. Servisler tarafından istemi yapılan dosyaların teslim edilmesinden, işi biten dosyaların kontrol edilerek teslim alınmasından, otomasyon üzerinden kabul edilmesinden, yerine yerleştirilmesinden ve yıpranmış olan dosyaların yenilenmesinden Dosyalama Memurları sorumludur.
       5. Adli vaka, Araştırma, Eğitim Fotokopi ve İdari vaka amaçlı hasta dosyası kullanımlarının sağlıklı bir şekilde yürütülmesinden ve dosyaların takip edilmesinden Araştırma Memuru sorumludur.
       6. Hasta dosyasından fotokopi işlemlerinin karşılanmasından Araştırma Memuru sorumludur.
       7. Hasta dosyasının açılmasından, serviste olduğu sürece güvenliğinin sağlanmasından, hasta taburcu olduktan sonra içeriğinin eksiksiz olarak düzenlenerek dosyaya takılmasından, dosya üzerinde gerekli işaretleme, düzeltme ve düzenleme işlemlerinin yapılmasından, yıpranan dosyaların tamir edilmesi, edilemeyenlerin arşive bildirilmesinden, işi biten dosyaların otomasyon üzerinden Arşive gönderisinin yapılması ve dosyalama memuruna teslim edilmesinden servis sekreteri sorumludur.
       8. Temizlik işleri Hastanenin mevcut temizlik görevlileri tarafından yapılmaktadır.
       9. Temizlik kontrol aralıkları, her gündür.
5. **HASTA DOSYALARINI SAKLAMA VE İMHA** 
   1. T.C. Başbakanlık Devlet Arşivleri Genel Müdürlüğü Saklama Planlarında Üniversitelerin Tıp Fakülteleri için hasta dosyasının saklama süresi 100 yıldır ve bu sürenin sonunda önemli şahsiyetlere ait hasta dosyaları Devler Arşivi’ne gönderilmelidir.
   2. Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları Saklama Süreli Standart Dosya Planı gereğince hasta dosyasını saklama süresi 101 yıldır.
   3. Hasta Dosyaları, Yataklı Tedavi Kurumları Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri Yönergesi 5.7.1.10. sayılı “Bütün hasta sağlık kayıtları fiziksel olarak korunmuş mekânlarda saklanmalıdır” maddesi gereğince, yetkisiz personelin erişemeyeceği bir şekilde, metal raflarda muhafaza edilir.
   4. Arşivde yapılacak ayıklama ve imha işlemleri, Hastane içinde oluşturulacak olan Arşiv İmha Komisyonunca, Devlet Arşivleri Hakkında Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik hükümleri gereğince yapacaktır.
6. **HASTA DOSYALARININ KORUNMASI**
   1. Hasta dosyaları, hasta kayıtlarının güvenliği açısında yetkisiz personelin erişemeyeceği şekilde hırsızlığa karşı korumalı olarak, metal raflarda, dosya numarasına göre muhafaza edilir.
   2. Yangına karşı, yangın söndürme cihazları yangın talimatı çerçevesinde daimî çalışır durumda bulundurulur.
   3. Arşiv alanı içerisinde ısı ve nem takibi yapılır.
   4. 6 ayda bir mikroorganizmalara karşı koruyucu olarak ilaçlama yapılır.
   5. Çalışmalar esnasında gizlilik esasları gözetilir. Her ne sebeple olursa olsun hasta dosyaları Arşivden kayıtsız olarak dışarıya çıkartılamaz, kullanım amaçları dışında kullanılamaz. Gerektiği durumlarda hasta dosyası kullanımı konusunda Başhekimlikçe onaylanan “Hasta Dosyası Kullanımı” konulu resmi yazıya binaen hareket edilir.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Hazırlayan, imza** | **Kontrol**  **Eden, imza** | **Onaylayan, imza** |
| Bölüm Kalite Sorumlusu | Kalite Yönetimi Direktörü | Başhekim Yardımcısı  Kaliteden Sorumlu |
|  |  |  |