



**Standart 18 Genel Açıklaması:** Bu standart; Standart 17 ile birlikte tesis güvenliğini bütüncül biçimde ele alır. Radyasyon güvenliği, engelli ve hareket kısıtlılığı olan kişilere erişim imkânı, düşme riski önlemleri, gürültü yönetimi, radyoaktif atık yönetimi, afet ve olağandışı durum planlaması, güvenlik personeli yönetimi ve otopark güvenliği bu standart kapsamında sistematik biçimde denetlenmeli, uygunsuzluklar için DİF süreçleri başlatılmalı ve sonuçlar iki ayda bir başhekim başkanlığında değerlendirilmelidir.

Ölçüt	Konu	Temel Gereklilik
18.1	Radyasyon Güvenliği	Radyasyon ölçüm cihazları, kişisel dozimetre, koruyucu ekipman, uyarı levhası — 5 kriter
18.2	Engelli ve Hareket Kısıtlı Bireylere Erişim	Ramp, asansör, uyarıcı zemin, engelli tuvalet ve levhalar — 5 kriter
18.3	Düşme Riski Önlemleri	Tutunma barları, merdiven korkulukları, kaymaz yüzey, düşme risk değerlendirmesi — 5 kriter
18.4	Gürültü Yönetimi	Gürültü ölçümü, ses yalıtımı, alarm ses seviyesi, çalışan KKD — 4 kriter
18.5	Radyoaktif Atık Yönetimi	Özel kap, etiketleme, geçici depolama, lisanslı bertaraf — 4 kriter
18.6	Afet ve Olağandışı Durum Planı	Yazılı plan, ekip görevlendirmesi, tatbikat, iletişim zinciri — 5 kriter
18.7	Güvenlik Görevlisi Yönetimi	Nöbet planı, eğitim belgesi, şiddet önleme, olay kayıt — 4 kriter
18.8	2 Aylık Başhekim Toplantısı	Sonraki ayın ilk 7 günü içinde önceki dönem analizi

## 1. Amaç

Bu prosedürün amacı; sağlık tesisinde radyasyon güvenliğini sağlamak, engelli ve hareket kısıtlı bireylerin tesise erişimini güvence altına almak, düşme riskini önlemek, gürültü düzeyini yönetmek, radyoaktif atıkları mevzuata uygun biçimde yönetmek, afet ve olağandışı durumlara hazırlıklı olmak, güvenlik personelinin etkin biçimde görevlendirmek ve **SDS Hastane Versiyon 2 Standart 18** gerekliliklerini eksiksiz karşılamaktır.

## 2. Kapsam

Bu prosedür; radyoloji, nükleer tıp ve radyoterapi gibi iyonlaştırıcı radyasyon kullanılan birimleri, tüm giriş-çıkış noktaları ve ulaşım akslarını, merdiven ve koridor tutunma sistemlerini, gürültü üreten tüm teknik ve klinik alanları, nükleer tıp atık yönetim süreçlerini, tesisin afet hazırlık ekibini, güvenlik birimini ve otopark alanını kapsamaktadır.

## 3. Tanımlar ve Kısaltmalar

Kısaltma / Terim	Açıklama
------------------	----------



<b>Dozimetre</b>	Radyasyon alanında çalışan personelin aldığı kümülatif radyasyon dozunu ölçen ve kaydeden kişisel ölçüm cihazı
<b>Radyasyon Güvenliği Görevlisi (RGG)</b>	Tesiste radyasyon güvenliğini denetlemek ve ilgili mevzuata uyumu sağlamakla yükümlü olan ve TAEK tarafından yetkilendirilen kişi
<b>TAEK</b>	Türkiye Atom Enerjisi Kurumu — nükleer güvenlik ve radyasyon güvenliğinin düzenlenmesinden sorumlu kamu kurumu
<b>Engelli Erişilebilirlik</b>	Fiziksel engeli veya hareket kısıtlılığı bulunan bireylerin binalara, hizmetlere ve alanlara bağımsız biçimde erişebilmesi için sağlanan fiziksel düzenleme
<b>Düşme Riski</b>	Zemin koşulları, fiziksel engeller veya hasta faktörleri nedeniyle bireyin dengesini yitirerek düşme olasılığı
<b>Radyoaktif Atık</b>	Nükleer tıp uygulamaları sonucu ortaya çıkan, radyoaktif bozunma tamamlanana kadar özel depolama ve bertaraf gerektiren atık
<b>Afet Planı</b>	Deprem, sel, yangın, salgın hastalık gibi olağandışı durumlarda sağlık tesisinin nasıl müdahale edeceğini, görev dağılımlarını ve iletişim zincirini tanımlayan yazılı plan
<b>Uyarıcı Zemin (Hissedilebilir Uyarı Yüzeyi)</b>	Görme engelli bireyleri tehlikeli alan sınırı veya yön değişikliği konusunda uyarmak amacıyla zemine eklenen yükseltili veya dokulu yüzey
<b>DİF</b>	Düzeltilici İyileştirici Faaliyet

## 4. Sorumlular

Unvan / Birim	Sorumluluk	Bağlı Ölçüt
<b>Başhekim</b>	Prosedürün uygulanmasını denetlemek, afet planını onaylamak, güvenlik politikasını belirlemek, 2 ayda bir değerlendirme toplantısına başkanlık etmek	18.6, 18.8
<b>Hastane Müdürü</b>	Engelli erişim altyapısını sağlamak, güvenlik personeli sözleşmesini yönetmek, otopark güvenliğini denetlemek, DİF'leri koordine etmek	18.2, 18.7
<b>Radyasyon Güvenliği Görevlisi (RGG)</b>	Radyasyon güvenliği önlemlerini uygulamak ve denetlemek, dozimetre takibini yapmak, TAEK'e bildirim yükümlülüklerini yerine getirmek	18.1
<b>İş Güvenliği Uzmanı / OSGB</b>	Risk değerlendirmesi yapmak, düşme ve gürültü önlemlerini denetlemek, afet planına katkı sağlamak, periyodik ölçümleri koordine etmek	18.3, 18.4, 18.6
<b>Nükleer Tıp Birimi Sorumlusu</b>	Radyoaktif atık yönetimini TAEK mevzuatına uygun yürütmek, atık kayıtlarını tutmak, lisanslı bertaraf şirketiyle koordinasyonu sağlamak	18.5
<b>Teknik Servis / Bakım Birimi</b>	Engelli erişim altyapısı bakımını yapmak, tutunma barlarını kontrol etmek, gürültü yalıtımı onarımlarını gerçekleştirmek	18.2, 18.3, 18.4
<b>Güvenlik Birimi Sorumlusu</b>	Güvenlik personelinin nöbet planını yönetmek, eğitimleri takip etmek, olay kayıtlarını tutmak, şiddet önleme protokolünü uygulamak	18.7
<b>Kalite Birimi</b>	Denetim koordinasyonu, DİF açılması ve takibi, uygunluk oranlarının hesaplanması, değerlendirme toplantısı organizasyonu	Tümü



## 5. Uygulama

### 5.1. Radyasyon Güvenliği (Ölçüt 18.1)

#### 5.1.1. Kontrol Edilecek 5 Kriter

No	Kontrol Kriteri	Değerlendirme Açıklaması
1	Radyasyon Güvenliği Görevlisi (RGG) tanımlanmış	TAEK tarafından yetkilendirilmiş RGG atanmış; görevlendirme yazısı ve yetki belgesi dosyalanmış; güncel iletişim bilgileri mevcut
2	Kişisel dozimetreler kullanılıyor ve takip ediliyor	Radyasyon alanında çalışan tüm personele dozimetre verilmiş; aylık veya üç aylık doz ölçüm raporları kayıt altına alınıyor; limit aşımında bildirim yapılıyor
3	Radyasyon ölçüm cihazları kalibreli ve çalışır	Ortam radyasyon ölçüm cihazları (survey metre vb.) kalibrasyon belgeleri güncel; son ölçüm tarihi kayıtlı; cihazlar çalışır durumda
4	Koruyucu ekipman (kurşun önlük vb.) mevcut, kontrollü ve etiketli	Kurşun önlük, tiroid koruması, gözlük gibi ekipmanlar eksiksiz; yıllık radyasyon geçirgenlik testi yapılmış; hasarlı ekipman kullanım dışı
5	Radyasyon uyarı levhaları görünür ve güncel	Tüm radyasyon alanlarının girişinde uluslararası radyasyon uyarı sembolü içeren levha mevcut; erişim kısıtlamaları belirtilmiş; solmuş veya eksik levha yok

#### **Radyasyon Güvenliği Uygunluk Oranı (%):**

(5 kriterin tamamını karşılayan randomize birim/alan sayısı / İncelenen toplam randomize birim/alan sayısı) × 100

**Değerlendirme:** %80 ve üzeri → Karşılıyor | %60-79 → Kısmen | %59 ve altı → Karşılanmıyor

### 5.2. Engelli ve Hareket Kısıtlı Bireylere Erişim (Ölçüt 18.2)

#### 5.2.1. Kontrol Edilecek 5 Kriter

No	Kontrol Kriteri	Değerlendirme Açıklaması
1	Tekerlekli sandalye erişimine uygun rampalar	Giriş ve kat geçişlerinde standartlara uygun eğime sahip ( $\leq 8$ ) rampalar mevcut; rampa yüzeyi kaymaz; korkuluk ve el tutma barları var
2	Engelli kullanımına uygun asansör	En az bir asansörün kabini tekerlekli sandalye dönüşüne izin verecek boyutta; buton yükseklikleri erişilebilir; Braille etiket veya sesli yönlendirme mevcut
3	Görme engelliler için uyarıcı zemin yüzeyi	Giriş, asansör önü ve tehlikeli alan kenarlarında hissedilebilir uyarı yüzeyi (sarı dokulu zemin) mevcut; hasarsız ve algılanabilir nitelikte
4	Engelli tuvaleti mevcut ve erişilebilir	En az her katta bir engelli tuvaleti; kapı genişliği tekerlekli sandalye geçişine uygun ( $\geq 90$ cm); içeride tutunma barları, acil çağrı butonu ve yeterli manevra alanı var
5	Engelli erişim levhaları görünür ve güncel	Engelli park yeri, ramp, asansör ve tuvalet girişlerinde uluslararası engelli sembolü içeren yönlendirme levhası mevcut; solmuş veya eksik levha yok

#### **Engelli Erişim Uygunluk Oranı (%):**

(5 kriterin tamamını karşılayan randomize erişim noktası sayısı / İncelenen toplam randomize erişim noktası sayısı) × 100

**Hedef: %80 ve üzeri**



### 5.3. Düşme Riski Önlemleri (Ölçüt 18.3)

#### 5.3.1. Kontrol Edilecek 5 Kriter

No	Kontrol Kriteri	Değerlendirme Açıklaması
1	Koridor ve banyo tutunma barları mevcut ve sağlam	Koridor duvarlarında ve engelli tuvaletlerde tutunma barları mevcut; barlar duvara sağlam monte edilmiş; titreme veya kopma riski yok; yükseklik ergonomik (80-90 cm)
2	Merdiven korkulukları çift taraflı ve kesintisiz	Tüm merdivenlerde her iki tarafta da korkuluk mevcut; korkuluk başlangıç ve bitişine kadar kesintisiz uzanıyor; tutunmayı engelleyen deformasyon yok
3	Yüksek riskli alanlarda kaymaz yüzey uygulanmış	Banyo, tuvalet, mutfak, temizlik odası gibi ıslak alanlarda kaymaz zemin kaplaması veya kaymaz bant mevcut; yıpranmış veya soyulmuş kaymaz bant yok
4	Personele düşme riski önleme eğitimi verilmiş	Özellikle hasta bakım veren personele düşme riski değerlendirmesi ve önleme protokolü eğitimi verilmiş; eğitim belgeleri mevcut; yılda en az bir kez yenileniyor
5	Hasta düşme olayları kayıt altına alınıyor ve analiz ediliyor	Her hasta düşme olayı istenmeyen olay bildirim sistemine kaydediliyor; iki ayda bir düşme sayısı ve yeri analiz ediliyor; tekrarlayan alanlarda DİF açılıyor

#### **Düşme Riski Önlem Uygunluk Oranı (%):**

(5 kriterin tamamını karşılayan randomize alan sayısı / İncelenen toplam randomize alan sayısı) × 100

**Hedef: %80 ve üzeri**

**Hasta Düşme Hızı:** (Dönemdeki toplam hasta düşme sayısı / Toplam hasta yatış günü) × 1000 — azalan trend hedeflenir.

### 5.4. Gürültü Yönetimi (Ölçüt 18.4)

#### 5.4.1. Kontrol Edilecek 4 Kriter

No	Kontrol Kriteri	Değerlendirme Açıklaması
1	Gürültü ölçümü yapılmış ve kayıt altına alınmış	Yüksek gürültü riski taşıyan alanlarda (teknik oda, jeneratör, sterilizasyon, ameliyathane vb.) son 12 ay içinde ses basınç düzeyi ölçümü yapılmış; sonuçlar kayıtlı
2	Hasta odası ve koridorlarında gürültü azaltma önlemleri	Ses yalıtım paneli, ses emici kaplama veya kapı sızdırmazlık bantı gibi fiziksel önlemler uygulanmış; geceleri yüksek sesli araç/ekipman kullanımı kısıtlanmış; "sessizlik bölgesi" levhası görünür konumda
3	Alarm ses seviyeleri uygun ve ayarlanmış	Klinik alarm sistemlerinin ses seviyeleri gereksiz yere yüksek değil; alarmlar uyarı görevini yerine getirirken hasta ve çalışana zarar verici düzeyde değil; gerektiğinde ses seviyesi ayarlanmış
4	Yüksek gürültülü alanlarda çalışana işitme KKD sağlanmış	Gürültü ölçümünde sınır değeri (85 dB) aşan alanlarda çalışan personele kulaklık, kulak tıkacı gibi işitme koruyucu KKD sağlanmış ve kullanımı zorunlu tutulmuş

#### **Gürültü Yönetimi Uygunluk Oranı (%):**

(4 kriterin tamamını karşılayan randomize alan sayısı / İncelenen toplam randomize alan sayısı) × 100

**Hedef: %80 ve üzeri**



## 5.5. Radyoaktif Atık Yönetimi (Ölçüt 18.5)

### 5.5.1. Kontrol Edilecek 4 Kriter

Bu ölçüt yalnızca bünyesinde nükleer tıp birimi bulunan sağlık tesisleri için geçerlidir. Nükleer tıp birimi bulunmayan tesislerde ölçüt değerlendirme dışı tutulur ve bu durum kalite birimi tarafından yazılı olarak kayıt altına alınır.

No	Kontrol Kriteri	Değerlendirme Açıklaması
1	Radyoaktif atıklar özel kaplarda ayrı toplanıyor	Radyoaktif atıklar kurşun astarlı veya onaylı özel atık kaplarında, diğer atıklardan ayrı olarak biriktirilmektedir; kaplar hasar görmüş değil
2	Atık kapları radyoaktif sembolü ile etiketlenmiş	Tüm atık kap ve depolama birimleri üzerinde radyoaktif uyarı sembolü, içeriği ve birikim tarihi yer almaktadır
3	Geçici depolama odası güvenli ve erişim kısıtlı	Atıkların bekleme süresi zarfında (yarı ömür bozunması için) muhafaza edildiği oda kilitli; yetkisiz erişim engellenmiş; radyasyon uyarı levhası mevcut; havalandırma yeterli
4	TAEK lisanslı firma ile bertaraf sözleşmesi mevcut	Radyoaktif atıkların nihai bertarafı için TAEK lisanslı firma ile güncel sözleşme imzalanmış; atık transfer kayıtları tutulmaktadır

### **Radyoaktif Atık Yönetimi Uygunluk Oranı (%):**

(4 kriterin tamamını karşılayan randomize alan/kayıt sayısı / İncelenen toplam randomize alan/kayıt sayısı) × 100

**Hedef: %80 ve üzeri (Nükleer Tıp birimi olan tesisler için geçerlidir)**

## 5.6. Afet ve Olağandışı Durum Planı (Ölçüt 18.6)

### 5.6.1. Kontrol Edilecek 5 Kriter

No	Kontrol Kriteri	Değerlendirme Açıklaması
1	Yazılı afet ve olağandışı durum planı mevcut	Başhekim tarafından onaylı, deprem, sel, yangın, kitlesel yaralanma, salgın gibi senaryoları kapsayan yazılı plan mevcut; son iki yıl içinde güncellenmiş
2	Afet ekibi görevlendirmesi yapılmış	Plan dahilinde triaj, kurtarma, lojistik, iletişim gibi roller için personel isimleri belirlenmiş; görevlendirme yazısı imzalı; yedek personel tanımlanmış
3	Afet tatbikatı yılda en az bir kez yapılmış	Son 12 ay içinde en az bir afet tatbikatı gerçekleştirilmiş; tatbikat tutanağı, katılım listesi ve değerlendirme raporu mevcut
4	Afet iletişim zinciri tanımlanmış ve güncel	İl Sağlık Müdürlüğü, 112, itfaiye gibi dış kuruluşlarla ve tesis içi birimler arasında iletişim zinciri yazılı; iletişim numaraları güncel; nöbetçi sistem çalışıyor
5	Hasta tahliyesi prosedürü tanımlanmış	Yatan hastaların (YBÜ, yataklı servis) afet durumunda nasıl tahliye edileceği yazılı olarak tanımlanmış; tahliye araçları ve personel görevleri belirlenmiş

### **Afet Planı Uygunluk Değerlendirmesi:**

5 kriterin tamamının karşılanıp karşılanmadığı evet/hayır olarak değerlendirilir. Karşılanmayan her kriter için ayrı DİF açılır.

**Tatbikat Gerçekleşme Oranı:** (Son 12 ayda gerçekleştirilen tatbikat sayısı / Planlanan tatbikat sayısı) × 100 — Hedef: %100



## 5.7. Güvenlik Görevlisi Yönetimi (Ölçüt 18.7)

### 5.7.1. Kontrol Edilecek 4 Kriter

No	Kontrol Kriteri	Değerlendirme Açıklaması
1	7/24 güvenlik görevlisi nöbet planı mevcut	Günün tamamını kapsayan, hafta sonu ve resmi tatilleri dahil 7/24 geçerli nöbet çizelgesi yazılı olarak hazırlanmış; çizelge uygulanıyor ve denetleniyor
2	Güvenlik personeli eğitim belgelerine sahip	Tüm güvenlik görevlilerine ait özel güvenlik kimlik kartı (veya eğitim belgesi) ve sağlık kuruluşuna özgü hasta şiddeti önleme eğitimi belgesi mevcut; kayıtlar güncel
3	Şiddet önleme protokolü uygulanıyor	Sağlık çalışanına yönelik şiddet vakalarında uygulanacak adımları tanımlayan yazılı protokol mevcut; güvenlik görevlileri ve klinik personel protokolden haberdar
4	Güvenlik olayları kayıt altına alınıyor ve analiz ediliyor	Her güvenlik olayı (sözlü/fiziksel şiddet, hırsızlık, izinsiz giriş vb.) olay kayıt formuna işleniyor; iki ayda bir analiz yapılıyor; tekrarlayan olaylarda DİF açılıyor

### Güvenlik Görevlisi Yönetimi Uygunluk Oranı (%):

(4 kriterin tamamını karşılayan randomize güvenlik noktası/kayıt sayısı / İncelenen toplam randomize güvenlik noktası/kayıt sayısı) × 100

**Hedef: %80 ve üzeri**

## 5.8. İki Aylık Başhekim Değerlendirme Toplantısı (Ölçüt 18.8)

Kriter	Açıklama
<b>Sıklık</b>	Her iki ayda bir
<b>Zamanlama</b>	Sonraki ayın <b>ilk 7 günü</b> içinde önceki 2 aya ait veriler üzerinden yapılır
<b>Zorunlu Katılımcılar</b>	Başhekim, Hastane Müdürü, Kalite Birimi Sorumlusu, İş Güvenliği Uzmanı, Güvenlik Birimi Sorumlusu
<b>Önerilen Katılımcılar</b>	RGG, Nükleer Tıp Birimi Sorumlusu, Teknik Servis Sorumlusu, yüksek uygunsuzluk sayısı olan birim sorumluları

### Zorunlu Gündem Maddeleri

- Önceki dönem DİF'lerinin durumu — kapatılan, devam eden, yeni açılanlar
- Radyasyon güvenliği denetim sonuçları — dozimetre takibi ve ekipman durumu (Ölçüt 18.1)
- Engelli erişim denetim bulguları (Ölçüt 18.2)
- Düşme riski önlem denetimi ve hasta düşme hızı analizi (Ölçüt 18.3)
- Gürültü ölçüm sonuçları ve önlem güncel durumu (Ölçüt 18.4)
- Radyoaktif atık yönetimi uygunluk durumu — varsa (Ölçüt 18.5)
- Afet planı güncellik durumu ve tatbikat değerlendirmesi (Ölçüt 18.6)
- Güvenlik olay kaydı analizi ve personel eğitim durumu (Ölçüt 18.7)
- Bir sonraki dönem iyileştirme planı ve aksiyon takibi

## 6. Performans Göstergeleri ve Hedefler

Gösterge	Formül	Hedef	Dönem
----------	--------	-------	-------



Radyasyon Güvenliği Uygunluk Oranı	$(5 \text{ kriter tamamlanan birim} / \text{İncelenen toplam birim}) \times 100$	%80 ve üzeri	2 Aylık
Engelli Erişim Uygunluk Oranı	$(5 \text{ kriter tamamlanan nokta} / \text{İncelenen toplam nokta}) \times 100$	%80 ve üzeri	2 Aylık
Düşme Riski Önlem Uygunluk Oranı	$(5 \text{ kriter tamamlanan alan} / \text{İncelenen toplam alan}) \times 100$	%80 ve üzeri	2 Aylık
Hasta Düşme Hızı	$(\text{Toplam hasta düşme sayısı} / \text{Toplam hasta yatış günü}) \times 1000$	Azalan trend	2 Aylık
Gürültü Yönetimi Uygunluk Oranı	$(4 \text{ kriter tamamlanan alan} / \text{İncelenen toplam alan}) \times 100$	%80 ve üzeri	2 Aylık
Afet Tatbikatı Gerçekleşme Oranı	$(\text{Gerçekleştirilen tatbikat} / \text{Planlanan tatbikat}) \times 100$	%100	Yıllık
Güvenlik Görevlisi Yönetimi Uygunluk Oranı	$(4 \text{ kriter tamamlanan nokta/kayıt} / \text{İncelenen toplam}) \times 100$	%80 ve üzeri	2 Aylık
Güvenlik Olayı Kayıt Oranı	$(\text{Kayıt altına alınan güvenlik olayı} / \text{Bildirilen toplam olay}) \times 100$	%100	2 Aylık
DİF Kapatılma Oranı	$(\text{Kapatılan DİF} / \text{Açılan DİF}) \times 100$	%80 ve üzeri	2 Aylık

## 7. İlgili Dokümanlar

- SDS Hastane Versiyon 2 — Standart 18 Algoritması ve Değerlendirme Ölçütleri
- Tesis Güvenliği Prosedürü (1) — Standart 17 (TES-PR-017)
- Bina Turları Prosedürü — Standart 14 (BIN-PR-014)
- DİF Yönetim Prosedürü (KAL-PR-001)
- Radyasyon Güvenliği Talimatı (TES-TL-007)
- Engelli Erişilebilirlik Kontrol Talimatı (TES-TL-008)
- Düşme Riski Değerlendirme ve Önleme Talimatı (TES-TL-009)
- Radyoaktif Atık Yönetim Talimatı (TES-TL-010)
- Afet ve Olağandışı Durum Planı (TES-PL-001)
- Güvenlik Görevlisi Nöbet Talimatı (TES-TL-011)
- Sağlık Çalışanına Yönelik Şiddeti Önleme Protokolü (TES-PR-019)
- İş Sağlığı ve Güvenliği Risk Değerlendirmesi

## 8. Kayıtlar

Kayıt Adı	Sorumlu	Saklama Süresi	Ortam
Dozimetre Doz Ölçüm Raporları	RGG	<b>30 Yıl</b>	Fiziksel + Dijital
Koruyucu Ekipman Radyasyon Geçirgenlik Test Kaydı	RGG / Teknik Servis	5 Yıl	Fiziksel
Engelli Erişim Denetim Formu	Kalite Birimi	3 Yıl	Dijital
Hasta Düşme Olay Bildirimleri	Kalite Birimi	5 Yıl	HBYS / Dijital
Gürültü Ölçüm Raporu	İş Güvenliği Uzmanı	5 Yıl	Dijital / Fiziksel
Radyoaktif Atık Transfer ve Bertaraf Kaydı	Nükleer Tıp / RGG	<b>30 Yıl</b>	Fiziksel + Dijital



Doküman Kodu: KV.PR.018      Yayın Tarihi: 15.03.2026      Revizyon Tarihi: -      Revizyon No: 0      Sayfa: 8 / 8

Afet Tatbikatı Tutanağı ve Değerlendirme Raporu	Kalite Birimi / Başhekimlik	5 Yıl	Fiziksel + Dijital
Güvenlik Olayı Kayıt Formları	Güvenlik Birimi / Kalite	5 Yıl	Fiziksel + Dijital
Güvenlik Personeli Eğitim Belgeleri	Güvenlik Birimi / İK	5 Yıl	Fiziksel
DİF Formu ve Takip Kaydı	Kalite Birimi	5 Yıl	HBYS / Dijital
İki Aylık Değerlendirme Toplantısı Tutanağı	Başhekimlik / Kalite	5 Yıl	Fiziksel + Dijital