EK-1 YILLIK DENETİM PLANI FORMU

Planın Ait Olduğu Yıl	
Düzenlenme Tarihi	
İl Adı	

	Ad-Soyad	**Telefon (GSM ve Resmi)**	**Elektronik Posta Adresi**
İl Sağlık Müdürü(Onaylayan)			
İSM Sağlık Hizmetleri Başkanı(Kontrol Eden)			
İSM Sağlık Hizmetleri Bşk.Yrd.(Kontrol Eden)			
Formu Hazırlayan			

S.NO	SAĞLIK TESİSİ BİLGİLERİ			
	Sağlık Tesisi Adı	**Kurum Kodu (ÇKYS)**	**Denetim Türü**	**Yıllık Planlanan Denetim Sayısı**
1	.... Hastanesi	99999		2
2	.... Hastanesi	99999		1
3	.... Muayenehanesi	99999		1
4	.... Muayenehanesi	99999		1
5	....			

Planlanan Denetim Takvimi (Haftalık)

S.NO	OCAK				ŞUBAT				MART				NİSAN				MAYIS				HAZİRAN			
	1.	2.	3.	4.	1.	2.	3.	4.	1.	2.	3.	4.	1.	2.	3.	4.	1.	2.	3.	4.	1.	2.	3.	4.
1										X														
2																			X					
3														X										
4														X										
5																								

S.NO	TEMMUZ				AĞUSTOS				EYLÜL				EKİM				KASIM				ARALIK			
	1.	2.	3.	4.	1.	2.	3.	4.	1.	2.	3.	4.	1.	2.	3.	4.	1.	2.	3.	4.	1.	2.	3.	4.
1														X										
2																								
3																								
4																								
5																								

EK-2

DENETİM TUTANAĞI

Sağlık Tesisi Adı :

Kurum Kodu :

Denetleme Tarihi :

Denetim Sorgu ve İdari Yaptırım Formu Adı :

Denetim Türü : Olağan Denetim ☐ Olağandışı Denetim ☐ Süre Sonu Denetim ☐

Soru Numarası	Uygunsuzluk Tespit Edilen Soru/Hukuki Dayanak/Açıklama (Denetim Sorgu ve İdari Yaptırım Formunda yer alan soru aynen yazılır)	Tespit

Diğer Tespitler :

Denetleyici	Denetleyici	Denetleyici	Sağlık Tesisi Yetkilisi
Adı Soyadı İmza	Adı Soyadı İmza	Adı Soyadı İmza	Adı Soyadı İmza

Ek*:

İtirazın Konusu	
İtirazın Gerekçesi	
İtiraza Esas Bilgi ve Belgeler	

*Sağlık Tesisi Yetkilisi tarafından denetim sonuçlarına itiraz söz konusu olduğunda doldurulur.

EK-3 İL DENETİM FAALİYET RAPORU FORMU*

Raporun Ait Olduğu Yıl	
Düzenlenme Tarihi	
İl Adı	

	Ad-Soyad	Telefon (GSM ve Resmi)	Elektronik Posta Adresi
İl Sağlık Müdürü (Onaylayan)			
İSM Sağlık Hizmetleri Başkanı (Kontrol Eden)			
İSM Sağlık Hizmetleri Bşk.Yrd. (Kontrol Eden)			
Formu Hazırlayan			

1. KISIM - GERÇEKLEŞTİRİLEN DENETİM SAYILARI

Sağlık Tesisi Türü	Sağlık Tesisi Sayısı *(Bu bölüme ilinizde var olan tesis sayıları yazılacaktır.)*	Yaptırım Uygulanan Sağlık Tesisi Sayısı *(Bu bölüme sadece yaptırım uygulanan olan tesis sayıları yazılacaktır.)*	Gerçekleşen Olağan Denetim Sayısı	Gerçekleşen Olağan Dışı Denetim Sayısı	Süre Sonu Denetim Sayısı	Dosya Üzerinden Denetim Sayısı	Denetime Katılan Personel Sayısı					
							Uzman Tabip	Tabip	Diş Tabibi	Eczacı	Teknik Personel (Mimar, Mühendis vs.	Diğer Sağlık Meslek Mensubu
Özel Hastane												
Tıp Merkezi												
Poliklinik												
Muayenehane (Genel)												
Ağız ve Diş Sağlığı Hizmeti Sunulan Hastane												
Ağız ve Diş Sağlığı Hizmeti Sunulan Merkezler												
Ağız ve Diş Sağlığı Hizmeti Sunulan Polikliniklerler												
Ağız ve Diş Sağlığı Hizmeti Sunulan Muayenehaneler												
Sağlık Kabini												
Tıbbi Laboratuvar												
Aynalama Merkezi												
ÜYTE												
Hiperbarik Oksijen Tedavisi Uygulanan Özel Sağlık Kuruluşları												
GETAT												
Genetik Değerlendirme Merkezi												
Fizik Tedavi Müessesesi												
Nükleer Tıp Merkezleri												
Radyasyon Onkoloğisi Merkezleri												
Radyoloji Merkezi/Ünite												
Obezite Merkezi												
Obezite Cerrahisi Merkezi												
Acil Sağlık Hizmetleri												
Erişkin Yoğun Bakım												
Yenidoğan Yoğun Bakım												
Çocuk Yoğun Bakım												
Organ Nakli Merkezi												
Kan Transfüzyon Merkezi												
Terapötik Aferez Merkezi												
Uluslararası Sağlık Turizmi Sağlık Tesisi												
Uluslararası Sağlık Turizmi Aracı Kuruluş												
Yanık Tedavi Birimleri												
Saç Ekimi Birimi												
Diyaliz Merkezi												
Diğer												
TOPLAM												

2. KISIM - DENETİMLERDE TESPİT EDİLEN AYKIRILIKLAR VE UYGULANAN İDARİ YAPTIRIMLAR

(Sağlık tesislerine uygulanan her yaptırım ve yaptırım uygulanan her sağlık tesisi için ayrı ayrı doldurulacaktır.)

YAPTIRIM UYGULANAN SAĞLIK TESİSİ		DENETİM TÜRÜ VE TARİHİ					DOSYA ÜZERİNDEN DENETİM (Tanıtım ve İl Müdür Yardımcısınca gerçekleştirilecek denetimler için doldurulacak sütun)						DENETİMDE HUKUKA AYKIRILIK TESPİT EDİLİP UYGULANAN İDARİ YAPTIRIM										İFRAZ DURUMU				AÇIKLAMA
													Uyarı - Öneri Verme	İdari Para Cezası - İdari Ceza Verme	Fiiliyeti Durdurma													
ADI	TÜRÜ	Denetim Tarihi	Yaptırım Uygulanan Tarihi	Olağan Denetim	Olağandışı Denetim	İdari Rıza Denetim	Dosya Üzerinden Denetim	Bakanlık Talimatı	CİMUK BAŞKM İSM İdareyi	Şikayet	Re'sen	Talep ve Görevsel İhbar Bulguları	Diğer		Sağlık Tesisinin Bir Kısmında Fiiliyeti Durdurma	Sağlık Tesisinin Tamamında Fiiliyeti Durdurma	İdari Müdürlük Görevinin Son Verilmesi	Ruhsatı İptal	Son Duyurusu	Aylıklık Tespit Edilen Mevcut Maddeye Göre İlanlı	Var ise Aykırılık Tespit Edilen İdari Yaptırım ve İdareye Ferme Adı Ferme Numarası	İdari Para Cezası Uygulanmış ise, Miktarı (TL)	Fiiliyeti Durdurma Yaptırımı Uygulanmış ise, Süresi	Fiiliyeti Durdurma Yaptırımı Uygulanmış ise, Sağlık Tesisinin Hangi Hizmet Birimi	İhraç Yok	İhraç Uygun Görülmüş	Kısmen Uygun Görülmüş	Uygun Görülmemiş	
...., ... Hastanesi	...., Özel hastane	..2023	..2023																	..Ocak..., ..Temmuz..ayı ilan edilecek olan ilçe ve ilçeler	Ör. Ek Ferme: 1 Sıra	Ör. 25 / 15.000	Ör. 7 gün	Ör. Acil Sağlık Polikliniği					Kısaca yaptırım uygulanan ve ne ile ilgili olduğu yazılır
	...., Ilçe adı/mah	..2023	..2023																									

* Bu Form e-denetim sistemi üzerinden gerçekleştirilen denetimler sonucunda gerçek zamanlı olarak Sistem tarafından otomatik olarak oluşturulur.