



DSİ Laboratuvarları

P8.8

İç Tetkikler Prosedürü

Revizyon Tarihi : 23.08.2021

Revizyon No : 04

Hazırlayan	İmza	Onaylayan	İmza
Oğuzhan BAL		Dr. Nurettin PELEN	



1. AMAÇ ve KAPSAM

Bu doküman, TS EN ISO/IEC 17025 standardının Madde 8.8 İç tetkikler şartlarını kapsar. Bu dokümanın amacı, DSİ laboratuvarlarında kurulu laboratuvar yönetim sisteminin;

- Laboratuvar faaliyetlerini ve TS EN ISO/IEC 17025 standardının gerekliliklerini yerine getirip getirmediği,
- Etkili bir şekilde uygulanıp uygulanmadığı ve sürekliliğinin sağlanıp sağlanmadığı, hususlarında bilgi sağlamak amacıyla bir iç tetkik sistemi oluşturmaktır.

2. SORUMLULUK

Bu prosedür kapsamında sorumluluklar aşağıda belirtilmiştir:

TAKK Dairesi Başkanı: İç tetkikçi listesinin ve tetkik programının onaylanmasından,

Daire Başkanı/Bölge Müdürü: Tetkikin planlandığı üzere gerçekleştirilmesi için gerekli görevlendirmeleri yapmaktan, sonuçlandırılmayan uygunsuzlukları karara bağlamaktan,

Kalite Yöneticisi: İç tetkikçi havuzunun oluşturulmasından, iç tetkik programının ve soru listelerinin hazırlanmasından, iç tetkik kayıtlarının muhafazasından,

Kalite Yöneticisi Temsilcisi /Şube Müdürü: Birimin tetkike hazırlanmasından ve tetkik sırasında birimin en üst düzeyde temsilinden,

Tetkik Ekibi: Tetkikin planlanması, yürütülmesi ve sonuçlandırılmasından, tetkik raporunun hazırlanmasından,

Laboratuvar Personeli: Tetkik kapsamında Kalite Yönetim Sistemi gereği çalışmaları yürütmekten.

Bu dokümanda yer alan şartların görev, yetki ve sorumluluk çerçevesinde uygulamasından, tüm DSİ Laboratuvarları personeli sorumludur.

3. TERİMLER VE TANIMLAR

Tetkik

Kalite ile ilgili faaliyetlerin ve sonuçlarının planlanan düzenlemelere uygunluğunun, bu düzenlemelerin etkin olarak uygulanma durumunun ve amaca ulaşmak için uygun olup olmadığının sistematik, tarafsız, dokümanlara ve beyanlara dayanılarak incelenmesi

Uygunluk

Bir şartın yerine getirilmiş olması

Uygunsuzluk

Belirlenmiş bir şartın yerine getirilmemesi



Belirlenmiş Şartlar

Yasal şartlar, müşteri şartları, kalite yönetim sistemi şartları (Prosedürler, Talimatlar vb.), Kalite Yönetim Sistemi standartları, belgelendirme kuruluşunun kuralları

İç Tetkik (1. Taraf Tetkiki)

TS EN ISO/IEC 17025 standardı kapsamında DSİ laboratuvarlarının kendi kalite yönetim sistemini tetkik etmesi

Tedarikçi Tetkiki (2. Taraf Tetkiki)

DSİ laboratuvarlarının ürün / malzeme tedarikçilerini tetkik etmesi

Belgelendirme Tetkiki (3. Taraf Tetkiki)

DSİ laboratuvarlarının bağımsız bir belgelendirme kuruluşu tarafından tetkik edilmesi

Ekip Lideri (EL)

Tetkik ekibine başkanlık eden yetkilendirilmiş kişi. Ekip lideri iç tetkikçi listesinde yer alan ve TAKK Dairesi Başkanlığı'nda görev yapmakta olan teknik personel arasından seçilir.

Tetkikçi (T)

Tetkik ekibi üyesi sıfatıyla tetkik görevlisi olarak tetkik çalışmalarında bulunan kişi. Tetkikçiler tetkikçi listesinden seçilir.

Gözlemci

Tetkikçi listesinde yer almayıp tetkik faaliyetinde gözlemci sıfatıyla görev alan kişi.

Tetkik Ekibi

Ekip Lideri, tetkikçi ve gözlemciden oluşan ekip.

4. UYGULAMA

DSİ Laboratuvarlarında İç Tetkik faaliyetleri, TS EN ISO/IEC 17025 standardına uygun olarak gerçekleştirilir.

4.1. İç Tetkikçi Listesinin Oluşturulması

DSİ Laboratuvarlarında iç tetkik faaliyetleri, TAKK Dairesi Başkanlığınca onaylanan F 0 16 00 78 İç Tetkikçi listesinde yer alan tetkik görevlilerinden oluşur. Tetkike katılacak olan kurum dışı uzmanlarda ve gözlemcilerde bu kural aranmaz.



İç Tetkikçi listesine dahil edilecek personelde aşağıdaki tabloda verilen tetkikçi kriterleri aranır:

En az 4 Yıllık Lisans Mezunu	2 Yıllık Ön Lisans Mezunu	En Az Lise veya Dengi Okul Mezunu
DSİ Laboratuvarlarında teknik personel olarak görev yapıyor olmak		
TS EN ISO/IEC 17025 standardı temel eğitimi almış olmak		
TS EN ISO 19011 standardı göz önünde bulundurularak TS EN ISO/IEC 17025 standardına göre 'İç Tetkikçi' eğitimi almış olmak		
DSİ Laboratuvarlarının yönetim sistemi, kural ve süreçleri hakkında bilgi sahibi olmak		
Denetim prensipleri, uygulamaları ve teknikleri hakkında bilgi sahibi olmak		
DSİ Laboratuvarlarında en az iki yıllık mesleki deneyim sahibi olmak (1416 Sayılı Kanun ile atanan Yurt Dışı Öğrencileri için, yurt dışında geçirdikleri süre mesleki deneyim süresinden sayılmaktadır).	DSİ Laboratuvarlarında en az beş yıllık mesleki deneyim sahibi olmak (teknik / kalite yönetim sistemi alanında çalışmış olmak)	DSİ Laboratuvarlarında en az sekiz yıllık mesleki deneyim sahibi olmak (teknik / kalite yönetim sistemi alanında çalışmış olmak)

İç Tetkikçi listesi, periyodik olarak her yılın Ocak ayında Kalite Yöneticisi tarafından gözden geçirilerek gerektiğinde (personelin emekli olması, yer değiştirmesi, standardın revize edilmesi vb.) revize edilir.

4.2. Tetkikin Planlanması

4.2.1. DSİ Laboratuvarlarında iç tetkikler TAKK Dairesi Başkanlığınca planlanır. Tetkik planlaması ile ilgili olarak Kalite Yöneticisi tarafından F 0 16 00 30 İç Tetkik Programı Formu kullanılarak tetkik programı hazırlanır ve TAKK Dairesi Başkanının onayına sunulur. Onaylanan tetkik programı ilgili birimlere tetkikten en az iki gün önce yazılı olarak gönderilir. Her birim tetkik programına göre planlı olarak en az 12 ayda bir defa tetkik edilir. Gerek görülmesi halinde Daire Başkanının kararıyla tetkik sayısı artırılabilir.

Laboratuvar faaliyetlerinin tetkikinin planlanması; Şube Müdürlüklerinde bulunan tüm alt birimlerin (Mühendislikler, Şeflikler vb.) tetkik edilmesine imkan sağlayacak şekilde yapılır.

4.2.2. Tetkik programı hazırlanırken tetkikçilerin kendi birimlerini tetkikle görevlendirilmemesine dikkat edilir. Gerekli görülmesi halinde tetkik edilecek birimdeki laboratuvar faaliyetlerinde (deney, kalibrasyon, numune alma vb.) kurum dışı uzman tetkikçiler de tetkik ekibine dâhil edilebilir. Tetkik,



tetkik edilecek birimin şube müdürünün/vekilinin görevlendireceği bir personel rehberliğinde gerçekleştirilir.

4.2.3. Tetkikler F 0 16 00 66 İç Tetkik Kontrol ve Uygunluk Bildirim Formu kullanılarak gerçekleştirilir. Tetkik ekibi, form içerisinde tetkik edilen birim ile ilgili soruları ve varsa ilave soruları sorar. Sorulara alınan karşılıklar ve tetkik ekibinin gözlemleri sonucunda tetkik bulguları elde edilir. Tetkikle ilgili her türlü kaydın muhafazası merkezde Kalite Yöneticisi, bölge laboratuvarlarında ise Kalite Yöneticisi Temsilcisi sorumluluğundadır.

4.2.4. Tetkik ekibi tetkik sırasında ilgili birimin daha önceki tetkik raporlarını dikkate alır, önceki tetkikteki bulguların (uygunluklar, gözlemler vb.) giderilip giderilmediğini tetkik eder. Ayrıca, daha önceki tetkik raporunda olumlu görüş bildirilen alanlardaki iyi uygulamaların sürdürülüp sürdürülmediği de tetkik konusu edilir.

4.2.5. Tetkikte görev alacak tetkik görevlileri (Ekip lideri, tetkikçi ve gözlemci) TAKK Dairesi Başkanlığınca belirlenerek iç tetkik programında ilan edilir. Birden fazla kişi ile yürütülecek tetkiklerde iç tetkik programında yer alan tetkik ekibi üyeleri içerisinde bir üye ekip lideri olarak görevlendirilir ve bu durum iç tetkik programında belirtilir. Ekip lideri tetkik programı ile ilgili olarak tetkik ekibini bilgilendirir. Tetkikle ilgili dokümantasyonun incelenmesinin ardından tetkik ekibi içerisinde görev bölümü yapar ve mümkün olduğunca F 0 16 00 66 İç Tetkik Kontrol ve Uygunluk Bildirim Formu'na bağlı kalarak, genellikle örnekleme usulüne başvurarak tetkikin gerçekleştirilmesini sağlar.

4.2.6 Tetkik planında herhangi bir sebeple değişiklik yapılması halinde mevcut plan P8.3 Yönetim Sistemi Dokümanlarının Kontrolü Prosedürüne göre (değişiklik yapılan yerler italik olacak şekilde), iletişimin açıklandığı P5 Yapısal Gereklikler Prosedürü uyarınca ilgili birimlere bildirilir.

4.2.7 DSİ Laboratuvarlarında iç tetkiklerin “mücbir sebep” veya “doğal afet” olarak adlandırılan ve laboratuvarın kontrolünün dışında olan koşullardan dolayı (savaş, grev, isyan, siyasi istikrarsızlık, jeopolitik gerginlik, terörizm, suç, salgın (epidemik veya pandemik), sel, deprem, kötü niyetli, bilgisayar korsanlığı, diğer doğal veya insan eliyle gerçekleşen felaketler vb.) genel bir planlamayla gerçekleştirilemeyecek olması durumunda, uygulama şekli ve yöntemi (her laboratuvarın kendi içinde tetkik yapması, uzaktan/online yöntemler kullanarak tetkiklerin yapılması vb.) TAKK Dairesi Başkanlığınca belirlenerek resmi yazı ile tüm laboratuvarlara bildirilir.

4.3. Tetkikin Yürütülmesi

4.3.1. Tetkik ekibi, tetkike başlamadan önce laboratuvar şube müdürü, vekili, kalite birim temsilcisi, şef/teknik şef ile şube müdürünün gerek göreceği diğer laboratuvar personelinin katılımıyla bir açılış toplantısı yapar. Toplantı ekip lideri tarafından hazırlanır ve yönetilir.

Açılış Toplantısında kısaca aşağıdaki konular görüşülür:

- Tanışma; tetkike taraf olan kişilerle tetkik ekibinin tanışması sağlanır.
- Tetkikin amacı ve kapsamı ile tetkikin yapılma gerekçesi anlatılır.
- Tetkik programı hakkında bilgi verilir ve program üzerinde mutabakat sağlanır.
- Tetkik ekibine kim ya da kimlerin rehberlik edeceği belirlenir.



- Tetkik sırasında elde edilen bilgi ve bulguların sadece ekip içerisinde tetkikle sınırlı kalacağı, başka amaçlarla kullanılmayacağı teyit edilir.

4.3.2. Ekip lideri, gerektiğinde, tetkik ekibini iki ya da üçe bölüp tetkiki yönlendirir. Tetkik ekibi tetkik esnasında F 0 16 00 66 İç Tetkik Kontrol ve Uygunluk Bildirim Formunda yer alan soruları sorar ve aldığı cevapları ilgili bölümün karşısına kaydeder. Gerek görüldüğünde ilgili form dışında da sorular sorulabilir ve forma ilave edilir. Bu sorular kişilere yönelik değil sisteme yönelik olmalıdır. Tetkik edilen birim tarafından sorulara verilen cevaplar tetkik ekibi tarafından tetkik kriterlerine göre değerlendirilir.

4.3.3. TS EN ISO/IEC 17025 standardı şartları çerçevesinde DSİ laboratuvarlarında tetkik edilecek maddeler ve kimlerin tetkik edeceği aşağıda belirtilmiştir:

Tetkikçi	Madde	Madde ismi
Ekip Lideri, Tetkikçi		Bir önceki iç tetkik uygunsuzlukları
Ekip Lideri, Tetkikçi		Bir önceki iç tetkik gözlemleri
	4	GENEL GEREKLİLİKLER
Ekip Lideri	4.1	Tarafsızlık
Ekip Lideri	4.2	Gizlilik
Ekip Lideri	5	YAPISAL GEREKLİLİKLER
	6	KAYNAK GEREKLİLİKLERİ
Ekip Lideri	6.1	Genel
Ekip Lideri, Tetkikçi	6.2	Personel
Tetkikçi	6.3	Tesisler ve çevresel koşullar
Tetkikçi	6.4	Donanım
Tetkikçi	6.5	Metrolojik izlenebilirlik
Ekip Lideri, Tetkikçi	6.6	Dışarıdan tedarik edilen ürün ve hizmetler
	7	PROSES GEREKLİLİKLERİ
Ekip Lideri	7.1	Taleplerin, tekliflerin ve sözleşmelerin gözden geçirilmesi
Tetkikçi	7.2	Yöntemlerin seçilmesi, doğrulanması ve geçerli kılınması
Tetkikçi	7.3	Numune alma
Tetkikçi	7.4	Deney veya kalibrasyon öğelerinin elleçlenmesi
Tetkikçi	7.5	Teknik kayıtlar
Tetkikçi	7.6	Ölçüm belirsizliğinin değerlendirilmesi
Tetkikçi	7.7	Sonuçların geçerliliğinin güvence altına alınması
Ekip Lideri, Tetkikçi	7.8	Sonuçların raporlanması



Tetkikçi	Madde	Madde ismi
Ekip Lideri	7.9	Şikâyetler
Ekip Lideri, Tetkikçi	7.10	Uygun olmayan iş
Tetkikçi	7.11	Verilerin kontrolü ve bilgi yönetimi
	8	YÖNETİM SİSTEMİ GEREKLİLİKLERİ
Ekip Lideri	8.1	Seçenekler
Ekip Lideri	8.2	Yönetim sistemi dokümantasyonu (Seçenek A)
Ekip Lideri	8.3	Yönetim sistemi dokümanlarının kontrolü (Seçenek A)
Ekip Lideri	8.4	Kayıtların kontrolü (Seçenek A)
Ekip Lideri	8.5	Risk ve fırsatları ele alınmasına yönelik faaliyetler (Seçenek A)
Ekip Lideri	8.6	İyileştirme (Seçenek A)
Ekip Lideri	8.7	Düzeltilici faaliyetler (Seçenek A)
Ekip Lideri	8.8	İç tetkikler (Seçenek A)
Ekip Lideri	8.9	Yönetimin gözden geçirmeleri (Seçenek A)

4.3.4. Tetkik sırasında elde edilen objektif deliller aşağıdaki bilgileri içerecek şekilde kaydedilir:

- Doküman numaraları ve yayınlanma/revizyon durumları,
- Laboratuvar faaliyetleri ile ilgili bilgiler (rapor no, kalibrasyon durumu vb.),
- Laboratuvar adı,
- Tetkik edilen birim sorumlusu
- Elde edilen objektif deliller F 0 16 00 66 İç Tetkik Kontrol ve Uygunsuzluk Bildirim Formuna kaydedilir.

Standardın maddelerinin başlıkları altında toplanan bölümlerle ilgili soruların karşılığında F 0 16 00 66 İç Tetkik Kontrol ve Uygunsuzluk Bildirim Formunun “değerlendirme” sütunu doldurulur.

Uygulama yaptırılan deneylerin ham verileri, cihaz çıktıları vb. taranarak denetim raporuna eklenir ve hangi kayıtların eklendiği denetim raporunun son sayfasında Ek 2 bölümünde belirtilir.

İlgili bölümlerin altında bulunan “Bulunan Uygunsuzluklar” ve “Uygunsuzluk Adedi” bölümü değerlendirme sütunundan elde edilen bulgulara göre doldurulur.

Bulunan Uygunsuzluklar bölümünde; ilgili bölümde tespit edilen maddelerin karşılığında tespit edilen uygunsuzluklar tanımlanır.

Tetkik sırasında tespit edilen uygunsuzlukların objektif delillerinin yukarıda belirtilen kriterlere uygun olarak F 0 16 00 66 İç Tetkik Kontrol ve Uygunsuzluk Bildirim Formunun ilgili bölümlerine tam ve eksiksiz olarak kaydedilmesinden ekip lideri sorumludur.



4.3.5. Tetkik ekibi tetkiki tamamladıktan sonra aralarında bir değerlendirme toplantısı yapar. Bulgular değerlendirilir ve gözden geçirilir. Tavsiyeler ve düzeltici faaliyetler belirlenir. Uygunsuzlukların değerlendirilmesinde ise iki önemli nokta dikkate alınır: Uygunsuzluğun sistematik olup olmadığı ve uygunsuzluğun devam etmesi halinde nelere yol açabileceği. Ekip lideri, gözlemlerini kapanış toplantısında sunmak üzere kaydeder.

4.3.6. Tetkik tamamlandıktan sonra tetkik edilen birim yetkililerinin katılımıyla kapanış toplantısı tertiplenir. Kapanış toplantısında ilk önce sistemin güçlü yönleri ele alınır, ardından gelişmeye açık yönler vurgulanır, daha sonra sistemin iyileştirilmesine yönelik tavsiyeler dile getirilir. Bulunan uygunsuzluklar objektif delilleriyle açıklanır. Uygunsuzluklar TS EN ISO/IEC 17025 Standardının maddelerine dayandırılarak F 0 16 00 66 İç Tetkik Kontrol ve Uygunsuzluk Bildirim Formunda belirtilir. Uygunsuzluğun giderilmesi ile ilgili yapılması gereken düzeltici faaliyetler ve termin süreleri konularında mutabakat sağlanır. Takip tetkiki gerekiyorsa bunun tarihi kararlaştırılır. Takip tetkikine ekip lideri tarafından karar verilir.

4.4. Tetkikin Sonuçlandırılması

4.4.1. Ekip lideri, tetkik gerçekleştirildikten sonra F 0 16 00 66 İç Tetkik Kontrol ve Uygunsuzluk Bildirim Formunda gerekli düzenlemeleri yaparak ıslak imzalı 1 (bir) nüsha olarak hazırlar. Islak imzalı orijinal nüsha tetkik sonrasında yapılacak düzeltici faaliyetleri ve devamındaki işlemleri kayıt altına almak amacıyla tetkik edilen birimin Kalite Yöneticisi Temsilcisine (Şube Müdürü) teslim edilir. Bulunan uygunsuzluklara hangi işlemlerin yapılacağına tetkik ekibi ile birlikte karar verilir. Yapılacak işlemler F 0 16 00 08 Uygun Olmayan İş/Düzeltilici Faaliyet Formuna Kalite Yöneticisi Temsilcisi tarafından işlenir.

4.4.2. İç tetkikte bulunan uygunsuzluklar giderildikten sonra orijinal raporun “yapılan düzeltici faaliyetler” bölümü tetkik edilen birim tarafından doldurulur. Uygunsuzlukların giderildiği en son tarih, ilgili bölüme yazılarak tetkik edilen birim şube müdürü tarafından imzalanarak tarayıcıdan geçirilip DSİ iç ağında iç tetkiklerle ilgili bölüme tamamlanmış Düzeltici Faaliyet kayıtları ile birlikte yüklenir. Ekip lideri ve tetkik üyeleri, yapılan düzeltici faaliyetlerin uygun ve yeterli olup olmadığına DSİ iç ağına eklenen kayıtları inceleyerek karar verir. Düzeltici faaliyetler ekip lideri ve tetkik üyeleri tarafından incelendikten sonra DSİ iç ağına eklenen iç tetkik raporundan çıktı alınarak raporun “tetkik sonucu” bölümü ekip lideri tarafından imzalanarak tarayıcıdan geçirilip Kalite Yöneticisine gönderilir. Kapatılmış deney raporu Kalite Yöneticisi tarafından DSİ iç ağına eklenir. Takip tetkikine karar verilmemesi halinde iç tetkik bu aşamada sonuçlandırılmış olur. İç tetkikle ilgili tüm kayıtlar elektronik ortamda DSİ iç ağında saklanır.

İç tetkikin yapıldığı tarih ile tetkik raporunda belirtilen uygunsuzlukların giderilerek iç tetkik raporunun sonuçlandırılacağı tarih arasındaki süre 3 ayı geçemez. Çeşitli nedenlerle (tadilat, uzun süreli cihaz temini, taşınma vb.) bu süre zarfında giderilemeyecek uygunsuzluklar için gerekçesiyle birlikte ekip lideri tarafından bu süre uzatılabilir. İç tetkik ekibi uygunsuzlukların giderilmesi ile ilgili termin tarihini belirlerken bu süreyi dikkate alır. İç tetkik raporunda belirtilen ve tetkik ekibiyle birlikte mutabık kalınarak belirlenen uygunsuzlukların giderileceği son tarihin geçmesine rağmen, tetkik edilen birimce veya tetkik ekibince sonuçlandırılmayan iç tetkik raporlarının durumu, Kalite Yöneticisi tarafından yazı ile tetkik edilen birime ve ilgili tetkik ekibine bildirilir. Uygunsuzlukların giderileceği taahhüt edilen son



tarihten itibaren 15 gün geçmesine rağmen sonuçlandırılmayan tetkik sonuç raporlarıyla ilgili olarak Kalite Yöneticisi tarafından Düzeltici Faaliyet başlatılır. Bu durum bir sonraki tetkik planlamasında dikkate alınır.

4.4.3. Takip tetkiki olması halinde yukarıda bahsedilen süreç takip tetkikini müteakiben aynen izlenir.

4.4.4. Tetkik sürecinin tamamlanması için gerekli izleme faaliyetleri (uygunsuzlukların giderilmesi için verilen sürenin izlenmesi, yapılacağı bildirilen düzeltici faaliyetlerin yapılıp DSİ iç ağına süresi içerisinde eklenip eklenmediği vb.) DSİ iç ağındaki kayıtlar kontrol edilmek suretiyle yapılır. Tüm iç tetkik süreçleri elektronik ortamda yürütülecek olup, tetkikle ilgili ıslak imzalı orijinal kayıtlar, kayıtların kontrolü ile ilgili hükümlere göre tetkik edilen birimde saklanır, taranıp elektronik ortamda bulundurulmak suretiyle paylaşılır.

4.4.5. Raporda tetkikte görev alan tetkikçilerin ve tetkik edilen laboratuvar sorumlularının imzaları yer alır. Gerektiğinde, raporda, uygunsuzluk tespit edilen laboratuvar birimi/alt birimi ve bu uygunsuzluğun tespit eden tetkikçi bilgisine yer verilir. Rapor; sistemin aksayan yönlerini, varsa alınması gereken önlemleri, iyileştirmelere yönelik tavsiyeleri ve başlatılan düzeltici faaliyetleri içerir. Ekip lideri tarafından hazırlanan bu rapor tetkik edilen birimin üst yönetimine (Daire Başkanı/Bölge Müdürü) sunulur.

4.4.6. Takip tetkikine karar verilmiş ise ekip lideri tetkik edilen birimle mutabakat sağlayarak takip tetkikinin tarihini belirler. Ekip lideri en fazla bir takip tetkikine karar verir. Uygunsuzluğun giderilmemesi durumunda bu durum Kalite Yöneticisi/Kalite Yöneticisi Temsilcisi tarafından, karara bağlanması talebiyle Daire Başkanına/Bölge Müdürüne iletilir.

4.4.7. İç tetkikin sonuçlandırılabilmesi için, iç tetkikler sırasında tespit edilen uygunsuzlukların, düzeltici faaliyetlerle giderilerek yapılan faaliyetlerin tetkik ekibi üyelerince incelenip uygun bulunması sonrasında, ekip lideri tarafından ilgili iç tetkik raporunun “tetkik sonucu” bölümü imzalanmak suretiyle sonuçlandırılır.

4.4.8. Merkezde Kalite Yöneticisi, şube laboratuvarlarında ise Kalite Yöneticisi Temsilcisi ilgili iç tetkik sonuçlarını değerlendiren bir rapor hazırlayarak yönetimin kalite sistemini gözden geçirmesi (YGG) toplantılarında gündem maddesi olarak görüşülmek üzere bağlı bulunduğu birimin üst yönetimine (Daire Başkanı/Bölge Müdürü) sunar.

4.4.9. Planlanan iç tetkik faaliyetleri sonuçlandırıldıktan sonra tüm tetkik faaliyetlerini kapsayacak şekilde tetkikin genel değerlendirilmesi Kalite Yöneticisi tarafından madde 4.4.8’de belirtilen ve Kalite Yöneticisi tarafından hazırlanacak olan genel değerlendirme raporunda belirtilir.



5. İLGİLİ DOKÜMANLAR

- F 0 16 00 08 Uygun Olmayan İş/Düzeltilici Faaliyet Formu
- F 0 16 00 30 İç Tetkik Programı Formu
- F 0 16 00 66 İç Tetkik Kontrol ve Uygunsuzluk Bildirim Formu
- F 0 16 00 78 İç Tetkikçi Listesi

6. REVİZYON TARİHÇESİ

Sayfa No	Revizyon Tarihi	Revizyon No	Revizyon Nedeni
Tümü	06.05.2019	00	İlk yayımlama
4, 5	12.06.2019	01	İlk yayın sonrası genel gözden geçirme
4	22.01.2020	02	TÜRKAK 125/138 Nolu Uygunsuzluğun kapatılmasına yönelik düzenleme yapılmıştır.
5	02.09.2020	03	İç tetkiklerin mücbir sebeplerden dolayı gerçekleştirilememesi durumunda uygulamanın nasıl olması gerektiği açıklanmıştır.
7	23.08.2021	04	İç tetkik kayıtlarına, uygulama yaptırılan deneylerin ham verileri, cihaz çıktıları vb. ile ilgili yapılacak işlemler hususunda madde eklendi.