

İdare/Birim/Alt Birim :				TOĞÜ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI										Tarih: 15/11/2025	
RİSK KAYIT FORMU (EK-2)															
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14		
Sıra	Referans No	Stratejik Hedef	Birim/Alt Birim Hedefi	Tespit Edilen Risk	Riske verilen cevaplar: Mevcut Kontroller	Etki (E)	Olasılık (O)	Riskin Puanı (R= ExO)	Değişim (Riskin Yöntü)	Riske Verilecek Cevaplar: Yeni/Ek/Kaldırılan Kontroller	Başlangıç Tarihi	Riskin Sahibi	Açıklamalar		
1	R.1.1.1			İhtiyaç analizinin yanlış yapılması, paydaş görüşlerinin alınmaması sebepleriyle açılan programın doluluk oranının düşük olması	Fakültemizde eğitim dili Türkçe olan Tıp Eğitimi Programı mevcut olup, gerekli şartların oluşması halinde eğitim dili İngilizce olan Tıp Programının açılması düşünülmektedir.	2,33	2,00	5	Yeni	Yeterli	15.11.2025	Dekan / Eğitimden Sorumlu Dekan Yardımcısı	Düşük düzey riskli, sabit		
				Planlama hatası.											
2	R.1.1.2			Olgunlaşmamış başvuru dosyası nedeniyle program açılmaması	Fakültemizde eğitim dili Türkçe olan Tıp Eğitimi Programı mevcut olup, gerekli şartların oluşması halinde eğitim dili İngilizce olan Tıp Programının açılması düşünülmektedir.	1,67	1,67	2,78	Yeni	Yeterli	15.11.2025	Dekan / Eğitimden Sorumlu Dekan Yardımcısı	Düşük düzey riskli, sabit		
				İhtiyaç analiz sürecinin tamamlanmamış olması.											
3	R.1.2.1			Program açma başvuru dosyasının hatalı olması sebebiyle (yanlış veya eksik evrakın bulunması, dosyanın komisyon/kurullarca yanlış anlaşılması vb.) sebebiyle program açma dosyasının YÖK tarafından reddedilmesi	Fakültemizde eğitim dili Türkçe olan Tıp Eğitimi Programı mevcut olup, gerekli şartların oluşması halinde eğitim dili İngilizce olan Tıp Programının açılması düşünülmektedir.	2,33	1,67	3,89	Yeni	Yeterli	15.11.2025	Dekan / Eğitimden Sorumlu Dekan Yardımcısı	Düşük düzey riskli, sabit		
				Kontrol mekanizmasının işletilmemiş olması.											
4	R.1.2.2			Programa ilişkin temel tanımlamaların iyi yapılmaması sebebiyle ulusal mesleki yeterlilikler ölçütlerine uygun olmayan program açılması	UÇEP-Ulusal Çekirdek Eğitim Programı uyumu sağlanmaktadır.	2,00	1,33	2,66	Yeni	Yeterli	15.11.2025	Fakülte Koordinatörler Kurulu / Eğitim Komisyonu	Düşük düzey riskli, sabit		
				Ulusal Çekirdek Eğitim Programı uyumsuzluk.											
5	R.1.2.3			İş yükü hesaplamalarının gerçeği yansıtmaması sebebiyle öğrenci başarısının düşmesi	Program iş yüküne uygun AKTS Hesaplamalarının sağlıklı yapılması.	1,33	1,33	1,76	Yeni	Yeterli	15.11.2025	Fakülte Koordinatörler Kurulu / Eğitim Komisyonu	Düşük düzey riskli, sabit ve her yıl kontrollerinin sağlanması.		
				AKTS hesaplama hatası.											
6	R.1.3.1			Rapor oluşturulurken güncel ve tutarlı verilere ulaşılamaması nedeniyle sürecin zamanında tamamlanamaması	Fakülte tarafından yürütülen faaliyetlerin yazılım programları vasıtasıyla düzenli kayıtlarının tutuluyor olması.	1,67	1,00	1,67	Yeni	Yeterli	15.11.2025	Fakülte Sekreteri / Fakülte Birim Sorumluları	Düşük düzey riskli, sabit ve her yıl kontrollerinin sağlanması.		
				Veri düzenli tutulmaması.											
7	R.1.3.2			Program tanıtım bilgilerinin uygulama ile aynı olmaması nedeniyle akredite olunamaması	Tanıtım bilgilerinin mezuniyet sonrası çalışma alanı ile uyumlu olması.	1,00	1,33	1,33	Yeni	Yeterli	15.11.2025	Öz Değerlendirme Kurulu	Düşük düzey riskli, sabit ve her yıl kontrollerinin sağlanması.		
				Tanıtım bilgilerinin güncel olmaması.											
8	R.2.1.1			Program ve ders içeriklerinin zamanında güncellenmemesi nedeniyle öğrencinin yanlış derse kayıtlanması	Her yıl düzenli olarak Mayıs ayı sonu itibiriyle Eğitim-Öğretim Rehberinin Oluşturulmuş olması.	1,67	1,00	1,67	Yeni	Yeterli	15.11.2025	Fakülte Koordinatörler Kurulu / Eğitim Komisyonu	Düşük düzey riskli, sabit		
				Müfredat çalışmalarının zamanında yapılmaması.											
9	R.2.1.2			Muafiyet/intibak işlemlerinin geç yapılması nedeniyle öğrencilerin derslere geç başlaması	İlk kayıt veya yatay geçiş işlemleri ile intibak işlemlerinin eş zamanlı yürütülmesi.	2,00	1,33	2,66	Yeni	Yeterli	15.11.2025	Eğitimden Sorumlu Dekan Yardımcısı / İntibak Komisyonu	Düşük düzey riskli, sabit		
				İntibak işlemlerine ilişkin öğrenci müracaatlarının geç kalması.											
10	R.2.1.3			Öğretim elemanlarının tutumu sebebiyle program çıktısına katkısı bulunmayan derslerin müfredatta yer alması	Ulusal Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimi Ulusal Çekirdek Eğitim Programına uyum.	1,33	1,33	1,76	Yeni	Yeterli	15.11.2025	Dekan	Düşük düzey riskli, sabit		
				Ulusal Çekirdek Eğitim Programı uyumsuzluk.											
11	R.2.3.1			Yetersiz/yanlış ölçme ve değerlendirme sebebiyle öğrencilerin başarı durumunun yanlış belirlenmesi	Eğitim yönetmeliğine uygun Ölçme ve Değerlendirme Program ve yöntemlerinin kullanılıyor olması. (KEYPS)	1,67	1,00	1,67	Yeni	Yeterli	15.11.2025	Tıp Eğitimi Anabilim Dalı Başkanı / Eğitimden Sorumlu Dekan Yardımcısı	Düşük düzey riskli, sabit		
				Sınav soru ve cevaplarının sistemlere hatalı yüklenmesi.											

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Sıra	Referans No	Stratejik Hedef	Birim/Alt Birim Hedefi	Tespit Edilen Risk	Riske verilen cevaplar: Mevcut Kontroller	Etki (E)	Olasılık (O)	Riskin Puanı (R= E x O)	Değişim (Riskin Yöntü)	Riske Verilecek Cevaplar: Yeni/Ek/Kaldırılan Kontroller	Başlangıç Tarihi	Riskin Sahibi	Açıklamalar
12	R.2.4.1			Dosyanın yanlış değerlendirmesi nedeniyle üst mahkemece disiplin cezası kararın bozulması Tahkikat süreçlerinin usul ve esas yönünden mevzuata uygun yürütülmemesi.	Konusunda uzman personel istihdamı. Ayrıca, kurulduğu günden itibaren disiplin soruşturması geçiren öğrenci bulunmaması.	1,33	1,33	1,76	Yeni	Yeterli	15.11.2025	Fakülte Sekreteri / Eğitim Hizmetlerinden Sorumlu Dekan Yardımcısı	Düşük düzey riskli, sabit
13	R.2.5.1			Uzmanlık belgesi tescil işlemlerinin zamanında yapılmaması sebebiyle uzmanlık öğrencilerinin mecburi hizmete geç başlamaları Uzmanlık eğitimi süreçlerinin "Uzmanlık Eğitimi Yönetimi" yazılımı üzerinden takip edilmesi. (UEYS)	Uzmanlık eğitimi süreçlerinin "Uzmanlık Eğitimi Yönetimi" yazılımı üzerinden takip edilmesi. (UEYS)	2,00	1,67	3,34	Yeni	Yeterli	15.11.2025	Uzmanlık Eğitimi Program Yöneticisi (Anabilim Dalı Başkanları)	Düşük düzey riskli, sabit ve her hafta kontrollerinin sağlanması.
14	R.2.6.1			Program/ders güncelleme işlemlerinde paydaş görüşü alınmaması nedeniyle dış değerlendirme süreçlerinden bulgu/iyleştirilecek yön alınması Dış paydaş görüşlerinin alınmaması.	Düzenli olarak dış paydaş toplantılarının yapılıyor olması ve Birim Danışma kurulunun oluşturulmuş olması.	1,33	1,33	1,76	Yeni	Yeterli	15.11.2025	Dekan / Eğitimden Sorumlu Dekan Yardımcısı	Düşük düzey riskli, sabit ve her yıl kontrollerinin sağlanması.
15	R.2.7.1			Kullanma talimatı olmadığı için laboratuvar cihaz ve malzemelerinin uygunsuz kullanımı nedeniyle zarar görmesi Cihaz kullanım talimatlarının hazırlanmamış olması.	Laboratuvar sorumlularının belirlenmiş olması ve cihaz kullanımı talimatlarına uyulması.	2,00	2,00	4	Yeni	Yeterli	15.11.2025	Laboratuvar Sorumluları	Düşük düzey riskli, sabit ve her yıl kontrollerinin sağlanması.
16	R.2.7.2			Laboratuvar cihazlarının bakımının yapılmaması nedeniyle materyallerin zarar görmesi Konusunda uzman teknik perosnel yokluğu.	Laboratuvar cihazlarına rutin bakım sözleşmesi ödenek yokluğu nedeni ile yapılmamaktadır. Ancak arıza sonrası müdahale yapılmaktadır.	3,00	2,00	6	Yeni	Yeterli	15.11.2025	Laboratuvar Sorumluları	Düşük düzey riskli, sabit ve her yıl kontrollerinin sağlanması.
17	R.2.7.3			Laboratuvar cihazlarının kalibrasyonunun yapılmaması nedeniyle uygun çıkıtının alınamaması Konusunda uzman teknik perosnel yokluğu.	Laboratuvar cihazlarına rutin bakım sözleşmesi ödenek yokluğu nedeni ile yapılmamaktadır. Ancak arıza sonrası müdahale yapılmaktadır.	1,33	1,33	1,76	Yeni	Yeterli	15.11.2025	Laboratuvar Sorumluları	Düşük düzey riskli, sabit ve her yıl kontrollerinin sağlanması.
18	R.2.7.4			Tıbbi ve kimyasal atıkların yönetiminin yapılmaması sonucunda çevre kirliliğinin oluşması Atıkların düzenli ve mevzuatına uygun toplanmaması.	Fakültemiz DETAP biriminde patolojik atık üretilmekte olup, imhası mevzat hükümlerine uygun olarak Atık Firmasına Teslimi yapılmakta.	1,67	1,00	1,67	Yeni	Yeterli	15.11.2025	Laboratuvar Sorumluları	Düşük düzey riskli, sabit ve her hafta kontrollerinin sağlanması.
19	R.2.7.5			Tıbbi ve kimyasal atıkların yönetiminin yapılmaması sonucunda çevre kirliliğinin oluşması Atıkların düzenli ve mevzuatına uygun toplanmaması.	Fakültemiz DETAP biriminde patolojik atık üretilmekte olup, imhası mevzat hükümlerine uygun olarak Atık Firmasına Teslimi yapılmakta.	1,67	1,00	1,67	Yeni	Yeterli	15.11.2025	Laboratuvar Sorumluları	Düşük düzey riskli, sabit ve her hafta kontrollerinin sağlanması.
20	R.2.8.1			Binanın doğal afetlere karşı dayanıklı olmaması nedeniyle yaralanma, can ve mal kayıplarının olması Bina bakım-onarım ve tadilatların yapılması.	Fakültemiz binasının yıllık küçük ve büyük bina bakım-onarım ihtiyaçları her yıl düzenli olarak tespit edilerek, yapı işleri dairesine iletilmektedir.	3,00	2,33	6,99	Yeni	Yeterli	15.11.2025	Teknik Hizmetler Birim Sorumlusu	Düşük düzey riskli, sabit ve her yıl kontrollerinin sağlanması.
21	R.2.8.2			Tahliye planının olmamasından dolayı acil durumlarda öğrenci ve personelin zarar görmesi Tahliye planlarının güncel olmaması.	Fakültemiz sivil savunma planı, yangından önleme ve söndürme planları hazırlanmış olup, her yıl düzenli olarak revize edilmektedir.	1,33	1,33	1,76	Yeni	Yeterli	15.11.2025	Dekan	Düşük düzey riskli, sabit ve her yıl kontrollerinin sağlanması.
22	R.2.8.3			Asansörlerin olmaması veya çalışmaması nedeniyle öğrenci ve personelin katlara erişiminde zorluk yaşanması Bakım ve kontrollerinin zamanında yapılmaması.	Fakültemiz hizmet binasında toplam 6 adet asansör bulunmakta olup, yıllık bakım sözleşmeleri düzenli olarak yapılmakta ve yetkili firma tarafından zorunlu muayenesi her yıl yaptırılmaktadır.	1,67	2,00	3,34	Yeni	Yeterli	15.11.2025	Teknik Hizmetler Birim Sorumlusu	Düşük düzey riskli, sabit ve her yıl kontrollerinin sağlanması.
23	R.2.8.4			Kaygan zeminler, basamaklar, kırık ya da düzgün yerleştirilmemiş zemin döşemeleri nedeniyle kazaların olması Kontrol ve uyarı levhalarının bulunmaması.	Hizmet binası her hafta düzenli olarak kontrol edilmekte olup, bina iç ve dış küçük onarım ve tadilatları kurum personeli tarafından yapılmaktadır.	2,00	1,33	2,66	Yeni	Yeterli	15.11.2025	Teknik Hizmetler Birim Sorumlusu	Düşük düzey riskli, sabit ve her yıl kontrollerinin sağlanması.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Sıra	Referans No	Stratejik Hedef	Birim/Alt Birim Hedefi	Tespit Edilen Risk	Riske verilen cevaplar: Mevcut Kontroller	Etki (E)	Olasılık (O)	Riskin Puanı (R= ExO)	Değişim (Riskin Yönü)	Riske Verilecek Cevaplar: Yeni/Ek/Kaldırılan Kontroller	Başlangıç Tarihi	Riskin Sahibi	Açıklamalar
24	R.2.8.5			İnternet altyapısının yeterli olmaması sonucu eğitim ve öğretimin aksaması Mevcut sistemde internet çoğaltıcılarının (HUB) kullanılıyor olması.	Fakültemiz hizmet binasında mevcut internet çoğaltıcıları (HUB) KASIM-2024 itibarıyla iptal edilmiştir.	2,00	1,67	3,34	Yeni	Yeterli	15.11.2025	Bilişim Hizmetleri Birim Sorumlusu	Düşük düzey riskli, sabit ve her yıl kontrollerinin sağlanması.
25	R.2.8.6			Ortak kullanım alanlarında temizliğin plansız ve yetersiz olması nedeniyle hastalık yayılması Temizlik personeli yetersizliği.	Hizmet genişlemesine bağlı olarak temizlik personeli sayısının yetersiz kalmaktadır.	2,00	3,00	6	Yeni	Yeterli	15.11.2025	İdari Hizmetlerden Sorumlu Dekan Yardımcısı	Düşük düzey riskli, sabit ve her gün kontrollerinin sağlanması.
26	R.2.8.7			Yangın uyarısı ve yangını söndürme için gerekli altyapı ve malzemelerin olmaması Yangın önleme ve söndürme planının güncel olmaması.	Fakültemiz yangın önleme ve söndürme planı düzenli olarak güncellenmekte ve söndürme ekipmanlarının kontrol ve muayenesi yapılmaktadır. Ayrıca yangın alarm sisteminin bakım sözleşmesi her yıl düzenli olarak yapılmaktadır.	2,00	1,67	3,34	Yeni	Yeterli	15.11.2025	İdari Hizmetlerden Sorumlu Dekan Yardımcısı	Düşük düzey riskli, sabit ve her yıl kontrollerinin sağlanması.
SÜTUNLAR													
1	Sıra No: Risk kaydındaki sıralamayı gösterir.												
2	Referans No: Riskin referans numarasını gösterir. Referans numarası risk sahibinin bağlı olduğu birimi de gösterecek şekilde yapılan bir kodlamadır. Risk devam ettiği sürece bu kod değiştirilmez. Aynı kod bir başka riske verilmez.												
3	Stratejik Hedef: Riskin ilişkili olduğu stratejik hedefin, stratejik plandaki kodunun yazıldığı sütundur.												
4	Birim / Alt birim hedefi: Risk kaydı birim / alt birim düzeyinde dolduruluyorsa, idarenin stratejik hedefleriyle doğrudan veya dolaylı bağlantılı ve riskten etkilenecek olan hedef bu sütuna yazılır. Risk kaydı idare düzeyinde dolduruluyor ise bu sütun boş bırakılır.												
5	Tespit Edilen Risk: Tespit edilen riskler yazılır, Sebep: Bu riskin ortaya çıkmasının nedenleri belirtilir.												
6	Riske verilen cevaplar: Mevcut Kontroller: Mevcut kontroller bu sütuna yazılır.												
7	Etki: Oylama Formu kullanılarak tespit edilen etki değeridir (1-10 arasında). Bu tespit yapılırken riskle ilgili uygulamada olan kontrol faaliyetleri, alınmış önlemler ve düzenlemelerin listelenmesi faydalıdır. Var olan önlemlere rağmen riskin gerçekleşirse etkisinin ne olacağı tespit edilir.												
8	Olasılık: Oylama Formu kullanılarak tespit edilen olasılık değeridir (1-10 arasında). Bu tespit yapılırken riskle ilgili uygulamada olan kontrol faaliyetleri, alınmış önlemler ve düzenlemelerin listelenmesi faydalıdır. Var olan önlemlere rağmen riskin gerçekleşme olasılığının ne olduğu tespit edilir												
9	Risk Puanı (R=ExO): Oylama Formunda yapılan değerlendirmede tespit edilen etki ve olasılık değerlerinin çarpılması sonucu bulunan, risk puanları önceden belirlenen yüksek, orta ve düşük düzey puan aralıklarına göre yazılır.												
10	Değişim (Riskin yönü): Bir önceki risk kaydı dikkate alınarak riskin durumundaki değişimin gösterildiği sütundur. (Yukarı/aşağı/sabit) şeklinde yazı ile belirtilebileceği gibi idarenin tercihinə göre yön işaretleriyle de gösterilebilir. Daha önce risk kaydı yoksa "Yeni" olduğu belirtilir.												
11	Riske Verilen Cevaplar Yeni/ Ek/Kaldırılan Kontroller: Öncelikle mevcut kontrollerin gerekli/yeterli olup olmadığı değerlendirilir. Yeterli olduğu değerlendiriliyor ise yeni bir kontrol öngörülmez. Yeterli değil ise yeni veya ek kontroller yazılır. Mevcut kontrollerden kaldırılması uygun bulunanlar da bu bölümde gösterilir.												
12	Başlangıç Tarihi: Öngörülen yeni veya ek kontrollerin uygulamaya konulacağı, kaldırılması öngörülen kontrollerin ise uygulamadan kaldırılacağı kesin tarihtir.												
13	Riskin Sahibi: Riskin yönetilmesinden ve izlenmesinden sorumlu olan kişidir. Riskle ilgili bilgiyi toplayan, izlemeyi gerçekleştiren, riske verilen cevapları yöneten ve riskin yönetildiğine ilişkin kanıtların tutulmasını sağlayan kişi riskin sahibidir. Riskin sahibinde riske verilecek cevapları gerçekleştirmek üzere gerekli kaynak ve yetki bulunmalıdır. Riskin sahibi aynı zamanda, Risk kayıtlarının güncellenmesi ve riskle ilgili olarak bir üst makama raporlama yapan kişidir.												
14	Açıklamalar: Riskin mevcut durumu, değişim yönü, ne zaman gözden geçirileceği ve hangi aralıklarla kime raporlanacağı ve belirtilmesine ihtiyaç duyulan diğer hususlar bu sütunda belirtilir.												

	Yüksek düzey risk
	Orta düzey risk
	Düşük düzey risk

NOT: Yıl içerisinde yeni bir risk tespit edilmesi durumunda riski tespit eden personel bir üst yöneticiye bu riski iletir. Yönetici bunun yönetilmesi gereken bir risk olduğuna karar verirse, bu risk, Risk Kayıt Formuna işlenerek ilgili yönetici tarafından onaylanır.