

Kazazede veya Meslek Hastalığı Tanısı/Şüphesi Olan Personelin

Adı Soyadı:	Cinsiyeti: () E () K	Doğum Tarihi : .../.../.....
T.C. Kimlik No:	Tel No:	
Görev Ünvanı:	Görev Bölümü:	
İşe Giriş Tarihi : .../.../.....	Medeni Hali:	
İstihdam durumu: Daimi <input type="checkbox"/> Stajer <input type="checkbox"/> Engelli <input type="checkbox"/> Taşeron firmaya ait çalışan <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>		

İŞ KAZASI HALİNDE DOLDURULACAK BİLGİLER

Kaza Sırasında Yaptığı İş:

Kaza Yeri:	Olay Tarihi: .../.../.....	Olay Saati:	İş Başı Saati:
------------	----------------------------	-------------	----------------

Kazanın Anlatımı:

.....

Tanıklara Ait Bilgiler;

Adı Soyadı	Görev Ünvanı	Telefonu	İmzası
.....

Olay Sırasında Kullanılan Kişisel Koruyucu Ekipmanlar	<input type="checkbox"/> Gözlük <input type="checkbox"/> Eldiven <input type="checkbox"/> Ayakkabı <input type="checkbox"/> Maske	<input type="checkbox"/> Baret <input type="checkbox"/> Önlük <input type="checkbox"/> Kulaklık <input type="checkbox"/> Çizme	<input type="checkbox"/> Kolluk <input type="checkbox"/> Emniyet Kemer <input type="checkbox"/> Diğer.....	Olaya İlişkin Görüntüler <input type="checkbox"/> VIDEO <input type="checkbox"/> FOTOĞRAF
--	--	---	--	--

Birim Yöneticisi	Kaza Geçiren Personel
Tarih:	Tarih:
Adı, Soyadı:	İmza:
İmza:	

Kaza Sonrasında Yapılan İşlemler

Haber Alma Tarih /Saati: .../.../..... : **Müdahale Tarih/Saati:** .../.../..... :

TANI:

İş Kazası ()

Meslek Hastalığı ()

Pansumanlı Kaza ()

Personel Yaralanmaları İle İlgili Eğitim: Aldı () Almadı ()

YARALANMA TÜRÜ	YARANIN VÜCUTTAKİ YERİ	YARALANMANIN ŞİDDETİ
Kırık <input type="checkbox"/>	Baş <input type="checkbox"/>	Yüzeyel <input type="checkbox"/>
Çıkık <input type="checkbox"/>	Yüz <input type="checkbox"/>	Mukoza <input type="checkbox"/>
Çatlak <input type="checkbox"/>	Göz <input type="checkbox"/>	Derin <input type="checkbox"/>
Ezilme <input type="checkbox"/>	Boyun <input type="checkbox"/>	
Sıyrık <input type="checkbox"/>	Omuz/Kol/El <input type="checkbox"/>	
Yanık <input type="checkbox"/>	Beden (göğüs-sırt-karın) <input type="checkbox"/>	
Uzuv Kaybı <input type="checkbox"/>	Omurga (bel kemiği-Omur) <input type="checkbox"/>	
Burkulma <input type="checkbox"/>	El/Ayak Parmakları <input type="checkbox"/>	
Delinme <input type="checkbox"/>	Ayak Bilekleri/Ayak <input type="checkbox"/>	
Travma <input type="checkbox"/>	İç Organlar <input type="checkbox"/>	
Kalp Krizi <input type="checkbox"/>	Bacak <input type="checkbox"/>	
Elektrik şoku <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	
Solunum ile ilgili bozukluk <input type="checkbox"/>		

Yapılan Müdahale:

BİRİM YÖNETİCİSİ

İŞ YERİ HEKİMİ

PERSONELİN SEROLOJİSİ				KAYNAĞIN SEROLOJİSİ			
Hbs Ag	Pozitif <input type="checkbox"/>	Negatif <input type="checkbox"/>		Hbs Ag	Pozitif <input type="checkbox"/>	Negatif <input type="checkbox"/>	Bilinmiyor <input type="checkbox"/>
Anti HBS	Pozitif <input type="checkbox"/>	Negatif <input type="checkbox"/>		Anti HBS	Pozitif <input type="checkbox"/>	Negatif <input type="checkbox"/>	Bilinmiyor <input type="checkbox"/>
Anti HCV	Pozitif <input type="checkbox"/>	Negatif <input type="checkbox"/>		Anti HCV	Pozitif <input type="checkbox"/>	Negatif <input type="checkbox"/>	Bilinmiyor <input type="checkbox"/>
Anti HiV	Pozitif <input type="checkbox"/>	Negatif <input type="checkbox"/>		Anti HiV	Pozitif <input type="checkbox"/>	Negatif <input type="checkbox"/>	Bilinmiyor <input type="checkbox"/>
Aşı	: Tetanoz <input type="checkbox"/>	Hepatit B <input type="checkbox"/>		İmmunglobulin	<input type="checkbox"/>		
SONUÇ:	Sevk <input type="checkbox"/>	Maluliyet <input type="checkbox"/>	Geçici malul %10-60 <input type="checkbox"/>	Maddi Hasar <input type="checkbox"/>			
	İlkyardım iş başı <input type="checkbox"/>	Uzuv Kaybı <input type="checkbox"/>	>%60 <input type="checkbox"/>	Çevre Hasarı <input type="checkbox"/>			
	Istirahat..... Gün <input type="checkbox"/>	Geçici malul<%10 <input type="checkbox"/>	Ölüm <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>			
Tarih:/...../.....		Tarih:/...../.....	Sevk var ise;	Tarih:/...../.....			
İŞYERİ HEKİMİ		İŞ YERİ HEMŞİRESİ		MÜDAHALE EDEN HEKİM			
İŞ KAZASI KÖK NEDEN							
Kişinin kayması / düşmesi	<input type="checkbox"/>	Donanımı / Ekipmanı Güvensiz Kullanma	<input type="checkbox"/>	Dikkatsizlik	<input type="checkbox"/>		
Kimyasal madde sıçraması	<input type="checkbox"/>	Yükün Hatalı Kaldırılması	<input type="checkbox"/>	Uyarıya rağmen güvensiz çalışma	<input type="checkbox"/>		
Hareketli nesneye çarpma	<input type="checkbox"/>	Tehlikeli Hızda Çalışma	<input type="checkbox"/>	Güvensiz hatalı çalışma	<input type="checkbox"/>		
Elektirik akımına maruziyet	<input type="checkbox"/>	Hızlı çalışma/zaman planlaması	<input type="checkbox"/>	Şakalaşma/ şaşırtma/kızdırma vb.	<input type="checkbox"/>		
Sabit nesneye/kişiyeye çarpma	<input type="checkbox"/>	Tertip ve düzen yetersizliği	<input type="checkbox"/>	Alkol/ilaç tesirinde çalışma	<input type="checkbox"/>		
Malzeme düşmesi	<input type="checkbox"/>	Bakım ve kontrollerin yapılmaması	<input type="checkbox"/>	Uygun olmayan ekipmanla çalışma	<input type="checkbox"/>		
Bir nesnenin kesmesi	<input type="checkbox"/>	Uyarı işaretleri eksikliği	<input type="checkbox"/>	Uygunsuz iş kıyafeti	<input type="checkbox"/>		
Aşırı sıcak ile temas	<input type="checkbox"/>	Tehlikeli madde kullanım hataları	<input type="checkbox"/>	Alışkanlıklar	<input type="checkbox"/>		
Yanıcı madde ateş alması	<input type="checkbox"/>	Ergonomik koşullar / uygunsuzluk	<input type="checkbox"/>	Uygun olmayan görevlendirme	<input type="checkbox"/>		
Cihaz koruyucusu olmaması	<input type="checkbox"/>	İş sağlığı ve güvenliği kurallarına uymama	<input type="checkbox"/>	Meslek hastalığı	<input type="checkbox"/>		
Cihaz koruyucusunun uygun olmaması	<input type="checkbox"/>			Fiziksel engelli	<input type="checkbox"/>		
Kişisel koruyucu verilmemesi	<input type="checkbox"/>	İşyeri / bina uygunsuzluğu	<input type="checkbox"/>	Eğitim yetersizliği	<input type="checkbox"/>		
Kişisel koruyucunun kullanılmaması	<input type="checkbox"/>	Ortam şartları (ısı-ışık-ses)	<input type="checkbox"/>	Sağlıksız Çevre Koşulları	<input type="checkbox"/>		
Kişisel koruyucunun hatalı	<input type="checkbox"/>	Fazla çalışma	<input type="checkbox"/>	Diğer.....	<input type="checkbox"/>		
TESPİT EDİLEN UYGUNSUZLUKLAR							
İş Yeri Hekimi		İş Güvenliği Uzmanı			İş Yeri Hemşiresi		
No	Düzeltilici Faaliyet	Sorumlu /Adı Soyadı/İmza	Planlanan Tarih	Açıklama/Sonuç			
1							
2							
MESLEK HASTALIĞI TANISI VEYA ŞÜPHESİ HALİNDE DOLDURACAK							
Meslek Hastalığı Tanısı ve Şüphesi Tarihi:				Düzenleme Tarihi:			
Meslek Hastalığı Tanısı veya Şüphesi ile Sevk Edilenin Çalıştığı Bölüm/İş:				İşveren veya Vekilin			
Meslek Hastalığı Tanısı veya Şüphesinin Türü:				Adı Soyadı:			
Meslek Hastalığının Saptanma Şekli:				İmzası:			
Periyodik Muayene ile	<input type="checkbox"/>	Meslek Hastalıkları Hast.	<input type="checkbox"/>				
Üst Kurum Sevki ile	<input type="checkbox"/>	Diğer	<input type="checkbox"/>				