

	T.C. AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ UYGULAMA VE ARAŞTIRMA HASTANESİ	DOKÜMAN NO : SÇ.FR.05 YAYIN TARİHİ: 02/11/2015 REVİZYON NO : 01 REVİZYON TARİHİ : 02/05/2019 SAYFA NO:1/4	
İŞ KAZASI VE MESLEK HASTALIĞI BİLDİRİM FORMU			

KURUM TARAFINDAN DOLDURULACAKTIR			
1- İş yeri bilgileri			
Bağlı Olduğu İl: AYDIN		Sicil No:	
Vergi Dairesi ve Numarası:		Tel: 444 12 56	
İş Yeri Ünvanı ve Adresi: AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ UYGULAMA ARAŞTIRMA HASTANESİ AYTEPE MEVKİİ MERKEZ KAMPÜSÜ 09010 EFELER / AYDIN			
Personel Sayısı: Erkek: ☐ Kadın: ☐ Stajyer / İntörn: ☐ Engelli: ☐ Genel Toplam: ☐			
2- Kazazede veya kazazedelerin / meslek hastalığı tanısı veya şüphesi ile hastaneye sevk edilenin;			
Adı Soyadı:		Cinsiyeti: ☐ E ☐ K ☐	Doğum Tarihi: / /
TC Kimlik No:		SGK Sicil No:	
Sicil No:		Tel No:	
İşe Giriş Tarihi: / /		Medeni Hali: ☐ Evli ☐ Bekar ☐ Dul ☐	
Öğrenim Durumu: ☐ Okur Yazar Değil ☐ Okur Yazar ☐ İlköğretim ☐ Ortaöğretim ☐			
☐ Yüksekokul ☐ Üniversite ☐ Y.Lisans ☐ Doktora ☐			
İstihdam Durumu: ☐ Memur ☐ ☐ İşçi ☐ Sözleşmeli ☐ Engelli ☐ Akademisyen ☐ İntörn ☐ Şirket Çalışanı ☐ Stajyer			
Çalışma Şekli: ☐ Tam Zamanlı ☐ Kısmi Zamanlı ☐ Diğer ☐			
Prim Ödeme Hali: ☐ Sona Erdi ☐ ☐ Sona Ermedi		Sona Erdi İse Erdiği Tarih: / /	
Son Bir Yıl İçinde Toplam Ücretli İzin Gün Sayısı:		Son İş Yerine Giriş Tarihi: / /	
Mesleği: Esas işi:		Uyruğu (Yabancı ise ülke adı):	
Çalışan Birinci Derecede Yakınının: Adı Soyadı: Adresi:			
Kazanın Bildirim Tarihi /Saati:			
KAZAYA UĞRAYAN KİŞİ TARAFINDAN DOLDURULACAKTIR			
3	Kaza Tarihi : / /	Kaza Gününde İş Başı Saati: :	Kazanın Saati: :
4	Kaza Anında Yaptığı İş: ☐ Tedavi ☐ Temizlik ☐ Tıbbi Girişim ☐ Kan Alma ☐ Hasta Nakli ☐ Muayene ☐ Biyolojik Materyal Nakli ☐ Ameliyat ☐ Cerrahi Girişim ☐ Diğer		
5	Kazanın Oluş Şekli ve Sebebini Açıklayınız:		
6	Kazanın Türü: ☐ Raporlu ☐ Ölümlü ☐ Hafif Yaralamalı ☐ Raporsuz ☐ Ağır Yaralamalı ☐ Diğer		
7	Yaranın Vücuttaki Yeri:		
8	Yaranın Türü: ☐ Açık (Delici, Kesici) ☐ Kırık ☐ Kimyasal Maruziyet ☐ Diğer ☐ Kapalı (Künt, Ezilme) ☐ Yanıklar ☐ Boğulma ☐ Biyolojik Maruziyet		

İŞ KAZASI VE MESLEK HASTALIĞI BİLDİRİM FORMU

9	Çalışılan Ortam:	☐ Tedavi Odası	☐ Koridor	☐ Ameliyathane	☐ Yoğun Bakımlar	
		☐ Hasta Odası	☐ Laboratuvar	☐ Teknik Kısımlar	☐ Hastane Çevresi	
		☐ Asansör	☐ Radyoloji	☐ Morg	☐ Diğer	
10	Kaza Anında Kazazedenin Yürütmekte Olduğu Genel Faaliyetler:					
11	Kazaya Sebebiyet Veren Etmen /Materyal:					
	☐ Fiziksel Etmenler	☐ Kimyasal Etmenler	☐ Biyolojik Etmenler	☐ Ergonomik Etmenler		
	☐ Makine-Araç-Gereçler	☐ Radyolojik Etmenler	☐ Psikososyal Etmenler			
	☐ Diğer					
12	Yaralanmaya Sebep Olan Materyal (Araç):					
13	Kaza Esnasında Kişisel Koruyucu Donanım Kullanılıyor muydu? ☐ Evet ☐ Hayır					
	Evet ise;	☐ Yüz Siperi	☐ Önlük	☐ Gözlük	☐ Maske	
		☐ Eldiven	☐ Baret	☐ Emniyet Kemer	☐ İş Ayakkabısı	
					☐ Diğer	
14	Kaza Sırasında Var Olan Koruyucu Önlemler: Evet ☐ Hayır ☐					
	Evet ise;					
	☐ Tehlikeye karşı uyarı işaretleri	☐ Tehlikeli ortam izole edilmesi	☐ Makine Güvenlik Ekipmanları			
	☐ KKD kullanımı	☐ Tehlikeli işlerde çalışma izni	☐ Personel Eğitimi			
	☐ Diğer					
15	Kazayı Gören: ☐ Var ☐ Yok ☐					
16	Şahitlerin Adı Soyadı:		Şahitlerin imzası:			
	Tel:					
17	İş Kazası ile İlgili Almış Olduğu Eğitimler:					
	☐ Temel İSG Eğitimleri	☐ İş Kazası Sonrası Eğitim	☐ Hizmet İçi Eğitimleri	☐ Özel Eğitimler		
18	Daha Önce Benzer Türde İş Kazası Geçirdi mi? Evet ☐ Hayır ☐					
	<u>Evet İse</u>					
	Kaç Kez: En Son Ne Zaman :					
Tüm bilgiler tarafımda eksiksiz doldurulmuştur. İmza:						
19	Enfeksiyon Polikliniğine Başvuru Tarih / Saat		... /... /20...		... : ...	
	KAYNAK (ETKEN)		☐ Biliniyor		☐ Bilinmiyor	
	Biliniyor ise;					
	Kaynak SERELOJİSİ	HBsAg	Pozitif		Negatif	
		Anti-HCV	Pozitif		Negatif	
		Anti HİV	Pozitif		Negatif	
	Yaralanan Personel SEROLOJİSİ	HBsAg	Pozitif		Negatif	
		Anti HBs	Pozitif		Negatif	
		Anti-HCV	Pozitif		Negatif	
		HIV RNA	Pozitif		Negatif	
Yapılan Uygulama	Uygulama Tarihi	Uygulama Saati	İlaç / Doz			
20	Tetanoz Profilaksisi					
	Sadece Hepatit B aşısı					
	Hepatit B aşısı + Hepatit B İmmünglobülin					
	HIV Profilaksisi					

	T.C. AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ UYGULAMA VE ARAŞTIRMA HASTANESİ	DOKÜMAN NO : SÇ.FR.05	
		YAYIN TARİHİ: 02/11/2015	
		REVİZYON NO : 01	
		REVİZYON TARİHİ : 02/05/2019	
		SAYFA NO:3/4	
İŞ KAZASI VE MESLEK HASTALIĞI BİLDİRİM FORMU			

	Diğer / AÇIKLAMA			
21	İZLEM	3. AY Kontrol	6. AY Kontrol	12. AY Kontrol
HEKİM TARAFINDAN DOLDURULACAKTIR.				
22	Tıbbi müdahale yapıldı mı?			
23	Tıbbi Müdahale Yapan Kişi:			
24	Tıbbi Müdahale Yapılan Yer:			
25	Tıbbi Müdahale Yapılan İl/ilçe:			
26	Tıbbi Müdahale Yapılan Tarih/Saat:			
27	Kaza Sonucu İş Göremezliği: ☐ Var ☐ Yok ☐			
MESLEK HASTALIĞI HALİNDE DOLDURULACAKTIR				
28	Meslek Hastalığı Tanısı veya Şüphesi Tarihi:			
	Meslek Hastalığı Tanısı veya Şüphesi İle Sevk Edilenin Çıktığı Bölüm İş:			
	Meslek Hastalığı Tanısı veya Şüphesi Türü:			
	Meslek Hastalığının ☐ Periyodik Muayene İle ☐ Meslek Hast ☐ Saptanma Şekli : ☐ Üst Kurum Sevki İle ☐ Diğer ☐			
29	Düzenlenme Tarihi: ... / ... / ... İşveren ve Vekilinin Adı Soyadı: İmzası: e-posta Adresi:			

	T.C. AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ UYGULAMA VE ARAŞTIRMA HASTANESİ	DOKÜMAN NO : SÇ.FR.05	
		YAYIN TARİHİ: 02/11/2015	
		REVİZYON NO : 01	
		REVİZYON TARİHİ : 02/05/2019	
		SAYFA NO:4/4	
İŞ KAZASI VE MESLEK HASTALIĞI BİLDİRİM FORMU			

HASTANE İSG BİRİMİ TARAFINDAN DOLDURULACAKTIR

30 GÜVENSİZ DAVRANIŞLAR					GÜVENSİZ DURUMLAR								
1	YETERLİLİK YETKİNLİK	2	DAVRANIŞ	3	YÖNETİM	4	TEDBİR, DİKKAT	5	KİŞİSEL ŞARTLAR	6	TESİS EKİPMAN	7	SÜREÇLER SİSTEMLER
[1.1] Yetersiz eğitim [1.2] Yetersiz tecrübe [1.3] Diğer (....)		[2.1] İhmal [2.2] Kişisel koruyucunun yanlış kullanımı [2.3] İş Güvenliği normu ihlali [2.4] İş akışına uyulmaması [2.5] Kişisel koruyucu malzeme kullanımının unutulması [2.6]İşyeri çalışma ve kurallarına uyulmaması [2.8] Diğer		[3.1] Yetersiz eğitim [3.2] Kişisel koruyucu malzeme verilememesi [3.3] Yetersiz kişisel koruyucu malzeme [3.4] Sorumlu talimatlarına aykırı hareket edilmesi [3.5] Uygunluk onayı verilmemesi nedeniyle		[4.1] Dikkatsizlik [4.2] Yetersiz olduğu işte görevlendirilmek [4.3] Kavrayış eksikliği [4.4] Kişisel koruyucu malzemenin yanlış kullanımı [4.5] Diğer		[5.1] Psikolojik yetersizlik [5.2] Fiziksel yetersizlik [5.3] Alkol alışkanlığı [5.4] Ailevi sorun [5.5] Sağlık sorunu [5.6] Ani rahatsızlık [5.7] Kişisel sorunlar [5.8] Diğer		[6.1] Uygunsuz tesis / ekipman [6.2] Bakım eksikliği [6.3] Çalışma ortam yetersizliği [6.4] Tesis / ekipmanın normal işlevinin dışına çıkması [6.5] Temizlik çevrimine uyulmaması [6.6] Fiziksel koşullar [6.7] Hatalı imal edilmiş tesis veya ekipman [6.8] Yetersiz aydınlık [6.9] Makina / ekipmanlarda güvenlik zaafiyetleri, yetkisiz makina ekipman kullanımı		[7.1] Operasyon kartı eksikliği [7.2] Yetersiz prosedür / güvenli çalışma talimatı [7.3] İş Güvenliği normunun yetersiz olması [7.4] Karmaşık operasyon metodu [7.5] Uygun olmayan kişisel koruyucu malzeme [7.6] Kişisel koruyucu malz öngörülmemesi [7.7] Diğer [7.8] Personele yapılan işe özel işg eğitimi verilmemesi	

HASTANE İSG BİRİMİ TARAFINDAN DOLDURULACAKTIR

DÜZELTİCİ FAALİYET		SORUMLU	TERMİN	TAMAMLANMA ZAMANI
31				

- NOT:**
- İşverenler işyerinde meydana gelen iş kazasını ve tespit edilecek meslek hastalığını en geç 3 (ÜÇ) İŞ GÜNÜ içinde yazı ile ilgili Bölge Müdürlüğüne bildirmek zorundadır. (4857 sayılı İş Kanunu md. 77) Bu bildirimi zamanında yapmayan işverenlere aynı kanunun 105. maddesi uyarınca idari para cezası uygulanır.
 - Son bölüm ise sadece meslek hastalığı bildirimi durumunda doldurulacaktır.
 - 4-21 arası maddeler 5N1K Kök Neden Analizi Tekniği inceleme maddelerini içermektedir.
 - 30-31. Maddeler ise PUKO döngüsünü içermektedir.

EĞER KAZA, KESİCİ - DELİCİ ALET YARALANMASI YA DA BUNA BENZER ENFEKTE ETMENLERLE OLUŞMUŞSA;

- 12 SAAT İÇİNDE, KAZAYA UĞRAYAN KİŞİYİ MESAİ SAATLERİNDE ENFEKSİYON HASTALIKLARI POLİKLİNİĞİNE YÖNLENDİRİNİZ.
- MESAİ SAATLERİ DIŞINDA ENFEKSİYON HASTALIKLARI KLİNİĞİNE YÖNLENDİRİNİZ.
- DİĞER YARALANMA VE KAZALAR İÇİN ACİL SERVİSE YÖNLENDİRİNİZ.
- FORMU 24 SAAT İÇİNDE ÇALIŞAN SAĞLIĞI BİRİMİNE GÖNDERİNİZ.