



Doküman Kodu: SÇ.FR.003

Yayın Tarihi: 15.09.2021

Revizyon Tarihi: -

Revizyon No: 0

Sayfa: 1 / 2

Sağlık Kuruluşu:	Tarih:...../...../.....
Tel.:	İl-İlçe:
Adı Soyadı:	Görevi:
T.C. Kimlik No:	Doğum Tarihi:/...../.....
Cinsiyet: E <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	Medeni Hali: Evli <input type="checkbox"/> Bekar <input type="checkbox"/>
Kaza/Ramak kala olay Tarihi-Saati:/...../..... ---/---	Olay Anında Yaptığı İş:

Tanıklar (eğer varsa; açık isimleri, görev/unvanları, iletişim bilgileri):

Olayının Meydana Geldiği Yer (Poliklinik, lab, büro vb):

Kaza/Ramak Kala Olay ile İlgili Açıklama

--

Alınması Gereken Önlem

--

**KAZA /RAMAK KALA OLAY NEDENLERİ**

Yetkisi Olmadan Çalışmak <input type="checkbox"/>	Kullanılan Cihazın Hatalı/Arızalı Olması <input type="checkbox"/>
Ekipman Kullanım Hatası <input type="checkbox"/>	Talimatlara Uymamak <input type="checkbox"/>
Yorgunluk/Uykusuzluk <input type="checkbox"/>	Moral Bozukluğu/Korku/Dalgınlık <input type="checkbox"/>
Yetersiz Uyarı/Alarm Sistemi <input type="checkbox"/>	Emniyetsiz İstifleme <input type="checkbox"/>
Uygun Olmayan Hava Şartları <input type="checkbox"/>	Kapatılmamış Boşluklar <input type="checkbox"/>
Emniyetsiz Davranış <input type="checkbox"/>	Kaygan Zemin <input type="checkbox"/>
Yetersiz Aydınlatma <input type="checkbox"/>	Elektrik Sistemlerinde Arıza <input type="checkbox"/>
Kötü Hava Koşulları (Rüzgar vb.) <input type="checkbox"/>	Ekipman Kullanım Hatası <input type="checkbox"/>
Gürültü <input type="checkbox"/>	Kişisel Koruyucu Donanım Kullanmamak <input type="checkbox"/>
Disiplinsiz/ Ciddiyetsiz Çalışma <input type="checkbox"/>	Kişisel Koruyucu Donanım Eksikliği/ Uygunsuzluğu <input type="checkbox"/>
Yangın Tehlikesi <input type="checkbox"/>	Yanlış Kaldırma <input type="checkbox"/>
Düzensiz Ortam <input type="checkbox"/>	Uygun Olmayan Hız <input type="checkbox"/>
Yetersiz İkaz Levhası <input type="checkbox"/>	Patlama Tehlikesi <input type="checkbox"/>
Diğer (belirtiniz):..... <input type="checkbox"/>	Dökülme/ saçılma <input type="checkbox"/>

Gözlemleyenin

Adı-Soyadı	
Bölümü	
Görevi	
Bildirim Tarihi	
İmza	

İş Güvenliği Kurulu Değerlendirme Sonucu