



Doküman Kodu: BL.FR.004 Yayın Tarihi: 15.09.2021 Revizyon Tarihi: - Revizyon No: 0 Sayfa: 1 / 1

Sağlık Kuruluşu: Tarih:/...../.....

Tel.: İl-İlçe:

Kaza Geçiren Personelin Adı Soyadı: Görevi:

T.C. Kimlik No: Doğum Tarihi:/...../.....

Cinsiyet: E K Medeni Hali: Evli Bekar

İş Kazasının Tarihi-Saati:/...../..... Kaza Anında Yaptığı İş:

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

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

OLAYIN KONUSU

| | | | |
|------------------------------|--------------------------|-----------------------------------|--------------------------|
| Düşme-Çarpma-Yaralanma | <input type="checkbox"/> | Biyolojik Etkene Maruz Kalma | <input type="checkbox"/> |
| Kimyasal Maddeye Maruz Kalma | <input type="checkbox"/> | Kesici-Delici Alet Yaralanmaları* | <input type="checkbox"/> |
| Ofis Kazaları | <input type="checkbox"/> | Elektrik Kazaları | <input type="checkbox"/> |
| Yangın/Yanık | <input type="checkbox"/> | Trafik/Ulaşım Kazaları | <input type="checkbox"/> |
| Diğer (Belirtiniz):..... | <input type="checkbox"/> | Patlama | <input type="checkbox"/> |

KAZANIN OLASI 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/ | <input type="checkbox"/> |
| Yangın Tehlikesi | <input type="checkbox"/> | Uygunsuzluğu | <input type="checkbox"/> |
| Düzensiz Ortam | <input type="checkbox"/> | Yanlış Kaldırma | <input type="checkbox"/> |
| Yetersiz İkaz Levhası | <input type="checkbox"/> | Uygun Olmayan Hız | <input type="checkbox"/> |
| Diğer (belirtiniz):..... | <input type="checkbox"/> | Patlama/Parlama Tehlikesi | <input type="checkbox"/> |
| | | Dökülme/ Saçılma | <input type="checkbox"/> |

KAZA SONUCU YAPILAN İŞLEMLER

İş Sağlığı Biriminde Yapılan Müdahale/İşlem/Tedavi:

Personel herhangi bir zaman ve işgücü kaybı olmaksızın işe döndü Personel.....gün rapor aldı Kaza Sonucu Ölüm Diğer (Belirtiniz)

Birim Amirinin Adı Soyadı ve imzası

Tarih:...../...../.....

Sağlık kuruluşları tarafından hazırlanarak; Sosyal Güvenlik Kurumuna bildirilecektir, bir örneği HSM' ye gönderilecektir.

*Sağlık Hizmeti sunulan alanlarda delici kesici alet yaralanmalarında, yaralanan çalışanın Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniklerine başvuru yapmalarının sağlanması gerekmektedir.