(Logonuz Burada)

Demo Sağlık Tesisi (Prokalite.Com)
ZEHİRLENME VAKA BİLDİRİM FORMU

Doküman Kodu: ASH.FR.019	Yayın Tarihi: 28.11.2026	Revizyon Tarihi: -	Revizyon No: 0	Sayfa: 1 / 1

.....İl Sağlık Müdürlüğüne		
.		
.		
.		
BİLDİRENİN		
Adı Soyadı		
Mesleği		
Kurum Adı Adresi		
Tarih	...../...../.....	
HASTANIN KİMLİK BİLGİLERİ		
T.C.Kimlik Numarası		
Soyadı		
Adı		
Baba Adı		
Yaşı		
Cinsiyeti	**E** [ ]	**K** [ ]
Mesleği		
HASTANIN ADRES BİLGİLERİ		
İli		
İlçesi		
Mahallesi		
Sokağı		
Apartman Numarası		
Daire Numarası		
Ev / Cep Telefonu		
ZEHİRLENME BİLGİLERİ		
Başvuru Zamanı	**Tarih:...../...../..... Saat: ....:....**	
Zehirlenmeye Neden Olan Etken		
Zehirlenmenin Olduğu Yer		
Olay Zamanı (İlk Maruziyet)	**Tarih:...../...../..... Saat: ....:....**	
Maruz Kalma Süresi	**....Gün .... Saat ....Dakika**	
Şikâyetler		
Şikâyetlerin Başladığı Zaman	**Tarih:...../...../..... Saat: ....:....**	
Antidot Adı		
Ölüm Zamanı	**Tarih:...../...../..... Saat: ....:....**	
Düşünceler		