(Logonuz Burada)

**Demo Sağlık Tesisi (Prokalite.Com)**
KAZA OLAY BİLDİRİM FORMU

| Doküman Kodu: LH.FR.004 | Yayın Tarihi: 28.11.2026 | 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 | ☐ | Biyolojik Etkene Maruz Kalma | ☐ |
| Kimyasal Maddeye Maruz Kalma | ☐ | Kesici-Delici Alet Yaralanmaları* | ☐ |
| Ofis Kazaları | ☐ | Elektrik Kazaları | ☐ |
| Yangın/Yanık | ☐ | Trafik/Ulaşım Kazaları | ☐ |
| Diğer (Belirtiniz):..... | ☐ | Patlama | ☐ |

**KAZANIN OLASI NEDENLERİ**

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

**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.**