(Logonuz Burada)	**Demo Sağlık Tesisi (Prokalite.Com)** İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ KAZA/RAMAK KALA OLAY BİLDİRİM FORMU	

Sağlık Kuruluşu:	Tarih:...../...../.....
Tel.:	İl-İlçe:
Adı Soyadı:	Görevi:
T.C. Kimlik No:	Doğum Tarihi: ...../...../.....
Cinsiyet: E ☐ K ☐	Medeni Hali: Evli ☐ Bekar ☐
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 ☐	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 Koşulları (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 Tehlikesi ☐
Diğer (belirtiniz):..... ☐	Dökülme/ saçılma ☐

Gözlemleyenin

Adı-Soyadı	
Bölümü	
Görevi	
Bildirim Tarihi	
İmza	

İş Güvenliği Kurulu Değerlendirme Sonucu