



ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi
Hasta ve Çalışan Odaklı Hizmetler
İŞ KAZASI BİLDİRİM FORMU

****Formu doldurup Mesai Saatleri İçerisinde Hemen, Mesai Saatleri Dışında ise İlk İş Gününde İşyeri Sağlık Ve Güvenlik Birimine iletiniz.**

Bilgi Almak İçin Telf: 4160

KAZAYA UĞRAYAN KİŞİYE AİT BİLGİLER	
(Öncelikle Kendisi /Şahit /Kaza Anındaki Birim Sorumlusu Tarafından Doldurulacaktır)	
Adı Soyadı:	Cep Tel No: 0
T.C. Kimlik No:	Doğum Tarihiniz:
İşyeri İstihdam Durumunuz: 4A Kadrolu <input type="checkbox"/> 4B Sözleşmeli <input type="checkbox"/> 4D Daimi İşçi <input type="checkbox"/> Akademik <input type="checkbox"/> Diğer:	Öğrencinin Okul Adı: Bölümü: Stajyer <input type="checkbox"/> Intern <input type="checkbox"/> Mesleki Uygulama Öğrencisi <input type="checkbox"/> Diğer:
Öğrenim Durumunuz: İlk Okul <input type="checkbox"/> Orta Okul <input type="checkbox"/> Lise <input type="checkbox"/> Ön Lisans <input type="checkbox"/> Lisans <input type="checkbox"/> Lisans Üstü <input type="checkbox"/>	
Çalıştığı Bölüm/Birim Adı :	Esas İş (Kurumdaki Kadrosu-Mesleği)
Kazanın Olduğu Tarih :	Kaza Anında Yaptığı Görev (Meslek)
Kazanın Olduğu Saat:	
Kazanın meydana geldiği BÖLÜM/YER(Ayrıntılı Yazınız)	Kaza Gününde; İşbaşı Saati : Mesai Bitiş Saati:
Kazanın Nasıl Gerçekleştiğini (Yol Açan Olay Ve Durumlarıyla Ayrıntılı Yazınız):	
İmza:	
KAZAYI GÖREN ŞAHİT BİLGİLERİ	
Adı Soyadı:	T.C. Kimlik No:
Çalıştığı Bölüm/Birim Adı:	Cep Tel No: 0
İmza:.....	
ACİL SERVİS/ENFEKSİYON HASTALIKLARI HEKİMİ Tarafından Doldurulacak Alan	
Kazanın Vücuttaki Yeri ve Kazaya Neden Olan Araç/Gereç:	
Kazanın Oluş Şekli (Anamnez):	
Kaza Sonucu: Ölü <input type="checkbox"/> Ağır Yaralı <input type="checkbox"/> Uzuv Kaybı <input type="checkbox"/> Hafif Yaralı <input type="checkbox"/> İş Görmezlik Raporu Süresi:	
Kazaya uğrayana yapılan uygulama: Yok <input type="checkbox"/> Var(belirtiniz): Tetkik <input type="checkbox"/> Tedavi <input type="checkbox"/>	
Tıbbi açıdan takip gerektiriyor mu? Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Takip Edecek Bölüm Adı:	
Kaza Bildirim Tarih ve Saati:	Hekimin Adı Soyadı:
Müdahale Hemen Yapıldı <input type="checkbox"/>	Hekimin Bölümü:
Müdahale Daha Sonra Yapıldı <input type="checkbox"/>	İmza:

DİKKAT!!

*Kaza; kan ve beden sıvılarıyla bulaşan, kesici-delici alet yaralanması veya mukozal sıçrama ya da buna benzer enfekte etmenlerle oluşmuşsa **hemen** kazaya uğrayan kişiyi mesai saatlerinde ENFEKSİYON HASTALIKLARI POLİKLİNİĞİ'NE, mesai dışında ACİL SERVİSE gidiniz.

*Diğer **tüm yaralanma ve kazalar için hemen ACİL SERVİSE** gidiniz.

İŞ KAZASI BİLDİRİMİ İŞ AKIŞ ŞEMASI

