



T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
İŞ KAZASI BİLDİRİM FORMU

Doküman Kodu:
KİO02.FR.01

Yayın Tarihi:
01.08.2017

Revizyon No:

Revizyon Tarihi:

SAYFA NO:
1/2

KAZAYA UĞRAYAN KİŞİYE AİT BİLGİLER (KENDİSİ YADA ŞAHİT TARAFINDAN DOLDURULACAKTIR)

ADI-SOYADI:			
BAĞLI OLDUĞU ŞİRKET/OKUL/DİĞER:	KADROLU <input type="checkbox"/>	SÖZLEŞMELİ/TAŞERON <input type="checkbox"/>	STAJYER <input type="checkbox"/>
TC KİMLİK NO:	CİNSİYET : E <input type="checkbox"/> K: <input type="checkbox"/>		
UYRUĞU:	DOĞUM TARİHİ:		
ÖĞRENİM DURUMU:	MEDENİ HALİ:		
ADRES:			
İŞE GİRİŞ TARİHİ:	SİGORTA SİCİL NO:		
ÇALIŞTIĞI BÖLÜM /BİRİM:	E-POSTA:		
ÇALIŞTIĞI BİRİM TELEFON NO:	GSM TEL NO:		
ESAS İŞİ(KURUMDA KADROSU-MESLEĞİ):			
KAZA ANINDA YAPTIĞI GÖREV (MESLEK):			
KAZAYI GÖREN ŞAHİT ADI SOYADI:	TEL NO:		
TC KİMLİK NO:	İMZA:		
ADRES:			
ÇALIŞANIN 1.DERECE YAKINININ ADI SOYADI:	TEL NO:		
T.C. KİMLİK NO:	MESLEĞİ:		
ADRES:			
KAZANIN OLDUĞU TARİH:/...../.....	KAZA SAATİ:		
KAZANIN MEYDANA GELDİĞİ BÖLÜM /YER:	KAZA GÜNÜNDE İŞBAŞI SAATİ:		
	KAZA GÜNÜNDE MESAI BİTİŞ SAATİ:		
KAZANIN OLDUĞU NOKTA (TEDAVİ ODASI, ASANSÖR, KORİDOR, AMELİYATHANE, POLİKLİNİK, LABORATUAR, RADYOLOJİ VB.):			
KAZA ANINDA YAPILAN İŞ/ETKİNLİK (TEDAVİ,TEMİZLİK,TIBBİ GİRİŞİM):			



T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
İŞ KAZASI BİLDİRİM FORMU

Doküman Kodu:
KİO02.FR.01

Yayın Tarihi:
01.08.2017

Revizyon No:

Revizyon Tarihi:

SAYFA NO:
2/2

VARSA KAZAYA NEDEN OLAN EMNİYETSİZ DAVRANIŞ VE/VEYA EMNİYETSİZ DURUM TÜRÜNÜ SEÇİNİZ

EMNİYETSİZ DAVRANIŞ		EMNİYETSİZ DURUM	
<input type="checkbox"/>	YOK	<input type="checkbox"/>	YOK
<input type="checkbox"/>	YETKİSİZ OLMADAN ÇALIŞMAK	<input type="checkbox"/>	YETERSİZ MAKİNE EKİPMAN MUHAFAZASI
<input type="checkbox"/>	HATALI UYARI VERMEK/ALMAK	<input type="checkbox"/>	YETERSİZ KİŞİSEL KORUYUCU DONANIM
<input type="checkbox"/>	EMNİYETTE HATA	<input type="checkbox"/>	ARIZALI EKİPMAN/MAKİNE
<input type="checkbox"/>	UYGUN OLMAYAN HIZ	<input type="checkbox"/>	YETERSİZ UYARI SİSTEMİ
<input type="checkbox"/>	EMNİYET CİHAZINI KULLANMAMAK	<input type="checkbox"/>	YANGIN TEHLİKESİ
<input type="checkbox"/>	KİŞİSEL KORUYUCU DONANIM KULLANMAMAK	<input type="checkbox"/>	RÜZGAR
<input type="checkbox"/>	EKİPMAN KULLANIM HATASI	<input type="checkbox"/>	PATLAMA TEHLİKESİ
<input type="checkbox"/>	ARIZALI EKİPMAN KULLANMAK	<input type="checkbox"/>	EMNİYETSİZ İSTİFLEME
<input type="checkbox"/>	BİLGİSİZ OLMADIĞI ALANDA/MAKİNEDE ÇALIŞMAK	<input type="checkbox"/>	KAPATILMAMIŞ BOŞLUKLAR
<input type="checkbox"/>	TALİMATLARA UYMAMAK	<input type="checkbox"/>	EMNİYETSİZ, YANLIŞ KALDIRMA
<input type="checkbox"/>	YORGUNLUK/UYKUSUZLUK	<input type="checkbox"/>	ELEKTRİK SİSTEMLERİNDE ARIZA
<input type="checkbox"/>	MORAL BOZUKLUĞU/KORKU/DALGINLIK	<input type="checkbox"/>	DÜZENSİZ ARIZA
<input type="checkbox"/>	DİŞİPLİNSİZ ÇALIŞMAK/CİDDİYE ALMAMA	<input type="checkbox"/>	AŞIRI GÜRÜLTÜ
<input type="checkbox"/>	DİĞER (AÇIKLAYINIZ)	<input type="checkbox"/>	KAYGAN ZEMİN
		<input type="checkbox"/>	YETERSİZ AYDINLATMA
		<input type="checkbox"/>	DİĞER (AÇIKLAYINIZ)

AŞAĞIDAKİ ALAN HEKİM TARAFINDAN DOLDURULACAKTIR:

KAZANIN VÜCUTTAKİ YERİ:

KAZAYA NEDEN OLAN ARAÇ/GEREÇ:

KAZANIN OLUŞ ŞEKLİ (ANAMNEZ):

KAZA SONUCU: ÖLÜ AĞIR YARALI: UZUV KAYBI: HAFİF YARALI:

KAZAYA UĞRAYAN KİŞİYE YAPILAN UYGULAMA: YOK VAR: (BELİRTİNİZ): TETKİK TEDAVİ

TIBBİ AÇIDAN TAKİP GEREKİYOR MU? EVET HAYIR

TAKİP EDEN BÖLÜM

İŞ GÖREMEZLİK RAPORU: YOK VAR (BELİRTİNİZ):

HEKİMİN ADI SOYADI:

BİLDİRİM TARİHİ

İMZA

BİLDİRİM SAATİ

İSG ve Kalite Birim Sorumlusu
Uzman Semiha ÖZATA

Kalite Yönetim Direktörü Y.
Yrd. Doç. Dr. Fikret YILMAZ

Başhekim
Doç. Dr. Murat YENİSEY