

KAZA-OLAY BİLDİRİM FORMU

Sağlık Kuruluşu:	Tarih:
Tel. :	İl-İlçe :
Kaza Geçiren Personelin Adı Soyadı: ASE Feride UÇARLI	Görevi :
T.C. Kimlik No:	Doğum Tarihi:
Cinsiyet: E <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	Medeni Hali: Evli <input type="checkbox"/> Bekar <input type="checkbox"/>
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	<input type="checkbox"/>	Biyolojik Etkene Maruz Kalma	<input type="checkbox"/>
Kimyasal Maddeye Maruz Kalma	<input type="checkbox"/>	Kesici-Delici Alet Yaralanmaları*	<input type="checkbox"/>
Ofis Kazaları	<input type="checkbox"/>	Elektrik Kazaları	<input type="checkbox"/>
Yangın/Yanık	<input type="checkbox"/>	Trafik/Ulaşım Kazaları	<input type="checkbox"/>
Diğer (Belirtiniz):	<input type="checkbox"/>	Patlama	<input type="checkbox"/>

KAZANIN OLASI NEDENLERİ

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

KAZA SONUCU YAPILAN İŞLEMLER

İş Sağlığı Biriminde Yapılan Müdahale/İşlem/Tedavi:

Personel herhangi bir zaman ve işgücü kaybı olmaksızın işe döndü

Personelgün rapor aldı Kaza Sonucu Ölüm Diğer (Belirtiniz)

İş Güvenliği Uzmanı (varsa) / Birim Amirinin Adı Soyadı ve İmzası

Tarih: