



T.C.
ERCİYES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ
İŞYERİ SAĞLIK VE GÜVENLİK BİRİMİ
İŞ KAZASI - OLAY BİLDİRİM FORMU



Bildirim Tarihi:...../...../.....

Kaza / Olaya Maruz Kalan Kişinin:	Kaza / Olayın Meydana Geldiği:
Adı ve Soyadı:	Tarih:
T.C. Kimlik No:	Saat:
Cinsiyet: <input type="checkbox"/> Kadın <input type="checkbox"/> Erkek	Yer:
Görevi:	<input type="checkbox"/> Klinik <input type="checkbox"/> Poliklinik <input type="checkbox"/> Ameliyathane <input type="checkbox"/> Acil Servis
Mesleği:	<input type="checkbox"/> Laboratuvar <input type="checkbox"/> Büro <input type="checkbox"/> Diğer.....
Tanımlar (Varsa Açık İsimleri - Görev / Unvanları - İletişim Bilgileri):	
KAZA / OLAYIN KONUSU	
<input type="checkbox"/> Düşme - Çarpma - Yaralanma <input type="checkbox"/> Kimyasal Maddeye Maruz Kalma <input type="checkbox"/> Ofis Kazalı <input type="checkbox"/> Yangın - Yanık <input type="checkbox"/> Diğer (Belirtiniz).....	<input type="checkbox"/> Biyolojik Etkene Maruz Kalma <input type="checkbox"/> Kesici - Delici Alet Yaralanmaları <input type="checkbox"/> Elektrik Kazaları <input type="checkbox"/> Trafik - Ulaşım Kazaları <input type="checkbox"/> Patlama
KAZA / OLAYIN OLASI NEDENLERİ	
<input type="checkbox"/> Yetkisi Olmadan Çalışmak <input type="checkbox"/> Ekipman Kullanım Hatası <input type="checkbox"/> Yorgunluk - Uykusuzluk <input type="checkbox"/> Yetersiz Uyarı - Alarm Sistemi <input type="checkbox"/> Uygun Olmayan Hava Şartları <input type="checkbox"/> Emniyetsiz Davranış <input type="checkbox"/> Yetersiz Aydınlanma <input type="checkbox"/> Kötü Hava Koşulları (Rüzgar vb.) <input type="checkbox"/> Gürültü <input type="checkbox"/> Disiplinsiz - Ciddiyetsiz Çalışma <input type="checkbox"/> Yangın Tehlikesi <input type="checkbox"/> Düzensiz Ortam <input type="checkbox"/> Yetersiz İkaz Levhası <input type="checkbox"/> Diğer (Belirtiniz).....	<input type="checkbox"/> Kullanılan Cihazın Hatalı - Arızalı Olması <input type="checkbox"/> Talimatlara Uymamak <input type="checkbox"/> Moral Bozukluğu - Korku - Dalgınlık <input type="checkbox"/> Emniyetsiz İstifleme <input type="checkbox"/> Kapatılmamış Boşluklar <input type="checkbox"/> Kaygan Zemin <input type="checkbox"/> Elektrik Sistemlerinde Arıza <input type="checkbox"/> Ekipman Kullanım Hatası <input type="checkbox"/> Kişisel Koruyucu Donanım Kullanmamak <input type="checkbox"/> Kişisel Koruyucu Donanım Eksikliği - Uyunsuzluğu <input type="checkbox"/> Yanlış Kaldırma <input type="checkbox"/> Uygun Olmayan Hız <input type="checkbox"/> Patlama - Parlama Tehlikesi <input type="checkbox"/> Dökülme - Saçılma
KAZA / OLAY SONUCU YAPILAN İŞLEMLER	
Yapılan Müdahale / İşlem / Tedavi:	
<input type="checkbox"/> Personel Herhangi Bir Zaman ve İşgücü Kaybı Olmaksızın İşe Döndü	
<input type="checkbox"/> PersonelGün Rapor Aldı <input type="checkbox"/> Kaza Sonucu Ölüm <input type="checkbox"/> Diğer (Belirtiniz).....	
Merkez Müdürü (Başhekim) Adı / Soyadı ve İmzası:	Tarih:...../...../.....