|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Adı-Soyadı:** |  | **Doğum Tarihi:** |  |
| **T.C.K. No:** |  | **Kan Grubu:** |  |
| **Cinsiyet:** | 🞎Kadın 🞎 Erkek | **Çalıştığı Bölüm:** |  |
| **Görevi:** |  | **Telefon No:** |  |
| **ALERJİ DURUMU:** Aşağıdakilerden herhangi biri ile temastan sonra kaşıntı, döküntü, şişlik veya nefes alma sorunu yaşadınız mı? |
| **MALZEMELER** | **EVET** | **HAYIR** | **MALZEMELER** | **EVET** | **HAYIR** | **MALZEMELER** | **EVET** | **HAYIR** |
| İlaç | 🞎 | 🞎 | Dezenfektanı | 🞎 | 🞎 | Lateks Eldiven Alerjisi | 🞎 | 🞎 |
| Sıcak su küvetleri | 🞎 | 🞎 | Üriner Kateterler | 🞎 | 🞎 |
| Kemerler | 🞎 | 🞎 | Yiyecek | 🞎 | 🞎 | Alkol Bazlı El Dezenfektanı | 🞎 | 🞎 |
| Elastik Band | 🞎 | 🞎 | İçecek | 🞎 | 🞎 |
| **Kronik Hastalık Mevcut Mu?** | 🞎 Hayır 🞎 Evet | **Açıklayınız:** |
| **Sürekli Kullandığınız İlaçlar:** | 🞎 Hayır 🞎 Evet | **Açıklayınız:** |
| **Geçirdiğiniz Hastalıklar:** | 🞎 Kabakulak | 🞎 Suçiçeği | 🞎 Kızıl | 🞎 Kızamık | 🞎 Hepatit B | 🞎 TBC | 🞎 Hepatit C |
| Diğer |
| **Sigara Kullanıyor Musunuz?**  |  🞎Hayır | 🞎 Evet (Süre: \_\_\_\_\_\_\_) | 🞎 Bıraktım (Süre: \_\_\_\_\_\_\_) |
| **BAĞIŞIKLAMA** |
| **BCG Skarınız var mı?** | 🞎 Yok 🞎 Var |
| **Hepatit B aşınız var mı?** | 🞎 Yok 🞎 Var | Tarihi:  |
| **Tetanoz aşınız var mı?** | 🞎 Yok 🞎 Var | Tarihi:  |
| **Mevsimsel Grip aşınız var mı?** | 🞎 Yok 🞎 Var | Tarihi:  |
| **H1N1 aşınız var mı?** | 🞎 Yok 🞎 Var | Tarihi:  |
| **YAPILAN AŞILAR** | **İstiyorum** (imza) | **İstemiyorum**  (imza) | **TARİH** | **TARİH** | **TARİH** |
| BCG |  |  |  |  |  |
| İNFLUENZA |  |  |  |  |  |
| HEPATİT-A |  |  |  |  |  |
| HEPATİT-B |  |  |  |  |  |
| TETANOZ – DİFTERİ |  |  |  |  |  |
| KKK (Kızamık, Kızamıkçık, Kabakulak) |  |  |  |  |  |
| SUÇİÇEĞİ |  |  |  |  |  |
| TÜBERKÜLİN CİLT TESTİ (TDT) |  |  |  |  |  |
| DİĞER |  |  |  |  |  |
| **YAPILAN İNCELEMELER***(Bu bölüm İş Yeri Hekimi tarafından doldurulacaktır)* | **TARİH** | **TARİH** | **TARİH** | **TARİH** | **TARİH** |
|  |  |  |  |  |
| HBsAg |  |  |  |  |  |
| Anti-HBs |  |  |  |  |  |
| HCV Antikoru |  |  |  |  |  |
| HIV Antikoru |  |  |  |  |  |
| PA AC Grafisi |  |  |  |  |  |
| Periferik Yayma |  |  |  |  |  |
| Hemogram |  |  |  |  |  |
| Solunum Fonksiyon Testi (SFT) |  |  |  |  |  |
| Troit USG |  |  |  |  |  |
| KBB Odio |  |  |  |  |  |
| Göz Muayenesi |  |  |  |  |  |
| Dermatolojik Muayene |  |  |  |  |  |
| Muayene Eden Hekim: |  |  |  |  |  |
| ***İşyeri Hekimi tarafından sağlık taramalarımın sonuçları hakkında bilgilendirildim.*** | **TARİH:** |
| **PERSONEL İMZA:** |  |