|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |