



T.C.

KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ

Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Bölümü
İş Kazası Bildirim FormuDoküman No RDK.01
İlk Yayın Tarihi
Revizyon Tarihi
Revizyon No

Öğrenciye İlişkin Bilgiler

Adı-soyadı

Numarası

Cep Telefonu

İş Kazasına İlişkin Bilgiler

Olay Tarihi/Saati

Olay Yeri, Kurum ve Klinik/Saha

Olayın Oluş Biçimini Anlatınız

Varsa Olayın Şahidi Adı- Soyadı, İmzası

Olay Sonrası Yapılanlar

Kurum tarafından bildirim yapıldı: Kurum tarafından bildirim yapılmadı: Yıkama: Pansuman: Acil serviste gözetim: Enfeksiyon polikliniği: İş Görmezlik Raporu Alma Durumu:

Diğer:

Derse/Uygulama/Staja İlişkin Bilgiler

Dersin Sorumlu Öğretim Elemanı/Elemanları

Adı-Soyadı:

İmza:

Açıklama: Yaralanma nedeniyle SGK'ya bildirim yapılan ya da yapılmayan her bir öğrenci için "İş Kazası Bildirim Formunun" doldurulması gerekmektedir. Dönem sonunda doldurulmuş formların ders sorumlusu tarafından Risk Belirleme Komisyonuna iletilmesi gerekmektedir.

Ek: Kazaya yönelik yapılan tüm işlemlerin (fotoğraf, form, tedavi, takip vb.) belgeleri

Hazırlayan

Dr. Öğr. Üyesi Bahar GANDAŞ ALTINBAŞ
Risk Belirleme Komisyonu Başkanı

Kontrol Eden

Prof. Dr. Havva ÖZTÜRK
Kalite ve Akreditasyon Komisyon Başkanı

Onaylayan

Prof. Dr. Nesrin NURAL
Bölüm Başkanı