|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **BAİBÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi**  **Beslenme ve Diyetetik Bölümü** | **İstenmeyen Olay ve İş Kazası**  **Bildirim Formu** |  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **KİŞİSEL BİLGİLER** | |
| **Öğrencinin Adı-Soyadı:** | **İmza:** |
| **Okul numarası**: |
| **T.C. Kimlik No:** | **Şu Anda İkamet Ettiği Adres:** |
| **Bölümü ve Sınıfı:** |
| **Cep Telefonu:** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **OLAY BİLDİRİMİ** | | |
| **İş Kazası mıdır\*\*: (…) Evet (…)Hayır** | **İstenmeyen Olay\*\*\* mıdır (…) Evet (…)Hayır** | |
| **Olayın Tarihi ve Saati:** | | |
| **Olayın Yeri ve Zamanı:** | | |
| **Muayeneyi Yapan Dr. Adı-Soyadı:** | | |
| **Olayı Gören (varsa) Adı-Soyadı:** | | |
| **Olay Sonrası Kişinin Durumu: ( )**İşe devam etti **( )** …..gün rapor aldı **( )**Diğer……… | | |
| **Olayın Konusu** | | |
| ( ) Delici –Kesici Alet Yaralanması  ( ) Kan ve Vücut Sıvıları İle Temas  ( ) Düşmeler | | ( ) Kimyasal Ajanlar  ( ) Şiddet  ( ) Diğer…………………………. |
| **Olayı Detaylı Bir Şekilde Anlatınız.**  ( ) Gerçekleşen Olay ( ) Ramak Kala Olay ( ) Hukuka Yansıyan Olay | | |
|  | | |
| Olaya İlişkin Görüş ve Önerileriniz | | |

Formdaki tüm alanların doldurulması zorunludur.

\*\*İş kazası: İşletmelerde Mesleki eğitim uygulamalarında meydana gelen durumlar

\*\*\*İstenmeyen Olay: Bakım dersi uygulamalarında meydana gelen durumlar

\*Form, olayın olduğu gün doldurulmalı ve en geç üç gün içerisinde üst yazı ile öğretim elemanı Bölüm Başkanlığına iletmelidir.

\*\*Eğer olay iş kazası ise bu durum İSG girişi yapan memura da olayın olduğu gün bildirilmeli ve en geç üç gün içerisinde bu evrak mail ile iletilmelidir.