

	T.C.		
	KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ		
Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü İş Kazası Bildirim Formu	Doküman 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: <input type="checkbox"/>	Yıkama: <input type="checkbox"/>
Kurum tarafından bildirim yapılmadı: <input type="checkbox"/>	Pansuman: <input type="checkbox"/>
	Acil serviste gözetim: <input type="checkbox"/>
	Enfeksiyon polikliniği: <input type="checkbox"/>
	İş Görmezlik Raporu Alma Durumu: <input type="checkbox"/>
	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.	

Hazırlayan KTÜ SBF Hemşirelik Bölümü Risk Belirleme Komisyonu	Kontrol Eden Prof. Dr. Hayva ÖZTURK Kalite ve Akreditasyon Komisyon Başkanı	Onaylayan Prof. Dr. Nesrin NURAL Bölüm Başkanı
--	---	---