|  |
| --- |
| **İŞYERİ BİLGİLERİ** |
| İşyerinin Ünvanı |  |
| Çalıştığı Birim ve Görevi |  |
| Adresi |  |
| Telefon ve Dahili No |  |
| **ÇALIŞANIN BİLGİLERİ / İMZA :** |
| Adı-Soyadı |  | T.C Numarası |  |
| Doğum Yeri ve Tarihi |  | Cinsiyeti |  |
| Mesleği |  | Medeni Hali |  |
| Çalıştığı Bölüm |  | İzin-Rapor-İzolasyon Tarihi |  |
| Yaptığı İş |  | İzin-Rapor-İzolasyon süresi |  |
| COVİD-19 Test Sonucu |  | Hastane Yattıysa Yatış Tarihi |  |
| Tomografi Sonucu |  | İşe Dönüş Tarihi |  |
| Epikriz Var mı ? |  | Ateş |  |
| Genel Durum |  | Tansiyon /Nabız |  |
| İzin-Rapor-İzolasyon Nedeniniz: | İzin-Rapor-İzolasyon sürecinde Maske taktınız mı? Düğün,nişan, cenaze, doğum günü vb. katıldınız mı?Hastane, eczane, sağlık ocağı vb. sağlık kuruluşuna gittiniz mi? Gittiyseniz buralarda ne kadar süre kaldınız?Ne nedenle gittiniz? Maske taktınız mı? Detaylandırınız: |
| İzin-Rapor-İzolasyon Nedeniniz Nedir? SAĞLIK NEDENİYLEYSE Hangi şikayetler mevcuttu? | İzin-Rapor-İzolasyon Nedeniniz ne olursa olsun;ŞU ANDA Aşağıdaki Şikayetlerden Hangileri mevcut? |
|  | **EVET** | **HAYIR** |  | **EVET** | **HAYIR** |
| Ateş |  |  | Ateş |  |  |
| Öksürük |  |  | Öksürük |  |  |
| Solunum Sıkıntısı |  |  | Solunum Sıkıntısı |  |  |
| Pnömoni ; zatürre |  |  | Pnömoni ; zatürre |  |  |
| Boğaz Ağrısı |  |  | Boğaz Ağrısı |  |  |
| Baş ağrısı |  |  | Baş Ağrısı |  |  |
| Kırgınlık / Yorgunluk |  |  | Kırgınlık / Yorgunluk |  |  |
| Kas Ağrısı |  |  | Kas Ağrısı |  |  |
| Eklem Ağrısı |  |  | Eklem Ağrısı |  |  |
| İshal |  |  | İshal |  |  |
| Bulantı-Kusma |  |  | Bulantı-Kusma |  |  |
| Karın Ağrısı |  |  | Karın Ağrısı |  |  |
| Hasta Teması |  |  | Hasta Teması |  |  |
| Seyahat Hikayesi |  |  | Seyahat Hikayesi |  |  |
| Koku Kaybı , Tat Kaybı |  |  | Koku Kaybı , Tat Kaybı |  |  |
| Diğer Belirtiler : |  |
| Diğer Nedenler : |  |

|  |
| --- |
| Yeni işe başlayan kişilerle izin ve rapor dönüşü olan personelin, COVİD 19 Pandemisi kapsamında işe dönüş muayenesi olmak üzere işe başladığı gün sağlık birimine başvurarak muayene olması ve bu muayeneden itibaren 14 gün boyunca da aşağıdaki kurallara uyması gerekmektedir;1. Günde 2 **kez (Sabah =09.30 öğleden sonra 17.00)** Sağlık birimlerinde **ateş, nabız ve PaO2 ölçümü** yapılarak takip çizelgesine kayıt edilecektir.
2. Çalışma ortamında ve ölçüm esnasında diğer kişilerle mutlaka **sosyal mesafeye dikkat etmesi**, mümkünse 14 gün boyunca tek kişi olarak kullanacağı bir odada çalışması sağlanmalıdır.
3. Yeme içme süreleri dışında kişinin asla **maskesini** çıkarmaması, maskenin uygun şekilde takılması ve bunun bir üst amiri tarafından da takibi gerekmektedir.
4. Kişinin şüpheli teması/covid (+)’li teması/ Riskli ortam ziyareti vb. var ve işyeri hekimi uygun görüyorsa ilaveten 14 gün boyunca **eldiven** kullanması gerekmektedir.
5. Mümkünse yemek ve WC izolasyonu uygulanarak dezenfeksiyon şartları yüksek tutulmalıdır.

**AÇIKLAMA :**Paylaşmış olduğum kişisel sağlık verilerimin doğru ve güncel olduğunu; iş bu bilgilerde değişiklik olması halinde değişiklikleri işyeri hekimine bildireceğimi kabul ve beyan ederim.6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu’nda tanımlanan özel nitelikli kişisel verilerim işlenmesine, ilgili süreç kapsamında (Yeni Coronavirüs 19 ) işlenme amacı ile sınırlı olmak üzere kullanılmasına ve paylaşılmasına, gereken süre zarfında saklanmasına açık rızam olduğunu ve bu hususta tarafıma gerekli aydınlatmanın yapıldığını; işbu metni okuduğumu ve anladığımı;Kabul Ediyorum [] Kabul Etmiyorum []**Çalışan AdSoyad: İmza: Tarih :………./………./……..**Dr.Adı ve Soyadı :**Diploma Tarih ve No :** **Diploma Tescil Tarihi ve No :****İşyeri Hekimliği Belgesi Tarih ve No :** |