

İŞ KAZASI BİLDİRİM VE ANALİZ FORMU

Ad Soyad	Kurum Sicil No	Görev / Unvan	Bölüm	İletişim Numarası
Burcu Özdemir	150513	Nicu / Hemşire	Nicu	0539 251 0291
İş Kazası Geçiren Personele Alt Bilgiler	Çalışan daha önce iş kazası geçirmiş mi? <input checked="" type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet ise açıklayınız: Çalışanın herhangi bir Sakatlık ve/veya engeli var mı? <input checked="" type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var ise açıklayınız:			
Olay Yeri	Olay Tarihi / Saati	Kaza Sırasında Çalışanın Kullanmakta Olduğu Alet/Ekipman	Kazada Yaralanan Organ / Uzuvar	
6. kat Yatan hasta Serv.	21.08.2025 St: 12:30/13 ⁰⁰		Sol üst kol	
Kazaya Alt Bilgiler	Kazanın Oluş Şekli (Ayrıntılı açıklayınız.) 6. kat 619 numaralı odada yatmakta olan hastanın Gamze hemşire ile birlikte mobilizasyonunu sağlayıp hasta lavaboya götürülürken hasta kendisini iyi hissettiğini ve kalkmak istediğini lavaboya gitmek istediğini belirtmiştir ve doktoru hasta kendini iyi hissederse mobilize olabileceğini belirtmiştir. Hasta destekle mobilize olup banyoya kadar götürüldü ancak hastanın o esnada bilinç kaybı gerçekleşti ve hastaya müdahale edilirken sağ kolum hasta ile kapı arasında sıkıştı.			
Kaza Ciddiyeti	<input checked="" type="checkbox"/> Hafif Yaralanma <input type="checkbox"/> Ciddi Yaralanma <input type="checkbox"/> Uzuvar Kaybı <input type="checkbox"/> Ölüm			
Olay Türü	<input type="checkbox"/> Kan veya Vücut Sıvısına Maruziyet * <input type="checkbox"/> Tehlikeli Kimyasala Maruziyet <input type="checkbox"/> Cisim Düşmesi <input type="checkbox"/> Kayma-Düşme <input type="checkbox"/> Yanık <input type="checkbox"/> Kesici-Delici Alet Yaralanması * <input checked="" type="checkbox"/> Uzuvar Sıkışması <input type="checkbox"/> Elektrik Çarpması <input type="checkbox"/> Burkulma <input type="checkbox"/> Diğer: <input type="checkbox"/> Kesik Oluşumlu Yaralanma <input type="checkbox"/> Bir Cisime Çarpma <input type="checkbox"/> Şiddete Maruziyet <input type="checkbox"/> Trafik Kazası Not: Olay Türü "*" ile belirtilenlerden biri ise Enfeksiyon Kontrol Hemşiresi'ne bilgi veriniz.			
Yaralanma Bölgesi	<input type="checkbox"/> Baş <input type="checkbox"/> Bel <input type="checkbox"/> Vücut <input type="checkbox"/> Sağ / Sol Bacak <input type="checkbox"/> Sağ / Sol El <input type="checkbox"/> Sağ / Sol Göz <input type="checkbox"/> Boyun <input type="checkbox"/> Yüz <input type="checkbox"/> Göğüs <input type="checkbox"/> Sağ / Sol Diz <input type="checkbox"/> Sağ / Sol Bilek <input type="checkbox"/> Sağ / Sol Kulak <input type="checkbox"/> Sirt <input type="checkbox"/> Solunum Bölgesi <input type="checkbox"/> Karın <input type="checkbox"/> Sağ / Sol Ayak <input checked="" type="checkbox"/> Sağ / Sol Kol <input type="checkbox"/> Diğer:			
Enfeksiyon Kontrol İçin Öneriler <input type="checkbox"/> KD (Olay Türü bölümünde "*" ile işaretli olaylar dışında ise)				
Enfeksiyon Kontrol Hemşiresi Ad Soyad / İmza: _____ Enfeksiyon Kontrol Hekimi Ad Soyad / İmza: _____				
Hekim Müdahale ve Değerlendirmeleri Hasta mayeacedir. Sinyaller ve sınırlar aydınlatılır. Grafisi mayeacede travmatik olarak bulaş tespit edilmiştir. Travmatik olarak bulaş değerlendirildi. Geçerli konsantrif kağızla temizlendi. İstirahat önerildi.				
İş Yeri Hemşiresi Ad Soyad / İmza: _____ İş Yeri Hekimi - Acil Hekimi Ad Soyad / İmza: _____				

Kazanın
Oluş Şekli
(ayrıntılı
tanık
ifadelerine
göre)

Ad Soyad	Kurum Sicil No	Görev/ Unvan	İletişim Numarası	İmza
Tanıklara ait bilgiler				

Çalışanın kaza sırasında kullanmakta olduğu alet, makine ya da cihaz var mı?	<input checked="" type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet ise;	<input type="checkbox"/> İğne ucu <input type="checkbox"/> Bistüri <input type="checkbox"/> Kateter <input type="checkbox"/> Lam/Lamel <input type="checkbox"/> Diğer:
Yaralanmaya neden olan alet bir hastanın vücut materyali ile kontamine olmuş mu?	<input checked="" type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Vacutainer <input type="checkbox"/> Koter Ucu <input type="checkbox"/> Sütür <input type="checkbox"/> Kırık Cam
Olay sırasında koruyucu ekipman kullanıyor muydunuz?	<input checked="" type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet ise;	<input type="checkbox"/> Döner Aksamli Makine <input type="checkbox"/> Elektrikle çalışan alet veya makine
Kazaya İlk müdahale eden Ad Soyad		Evet ise hastanın kan yoluyla bulaşan bir hastalığı var mı?
İlk müdahalede yapılanlar		<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> Hepatit B <input type="checkbox"/> Hepatit C <input type="checkbox"/> Kırım Kongc <input type="checkbox"/> Diğer:
Kaza geçiren personel iş günü kaybı var mı?	<input checked="" type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet ise; gün	Kazanın olduğu mesai dilimi <input type="checkbox"/> Gece <input type="checkbox"/> Gündüz

Olay Nedeni;

☒ Güvensiz Durum☐ Güvensiz Hareket

<input type="checkbox"/> KKD Eksikliği	<input type="checkbox"/> Olumsuz hava koşulu, Doğal Afetler	<input checked="" type="checkbox"/> Yetersiz personel	<input type="checkbox"/> KKD Kullanmama	<input type="checkbox"/> Yetkisiz Çalışma	<input type="checkbox"/> İletişim, Haberleşme Eksikliği
<input type="checkbox"/> Dağınık düzensiz ortam	<input type="checkbox"/> Yetersiz havalandırma	<input type="checkbox"/> Yetersiz, eksik talimat, eğitim	<input type="checkbox"/> Güvensiz yerleştirme	<input type="checkbox"/> Talimatlara aykırı çalışma	<input type="checkbox"/> Emniyetsiz Giyim, kuşam
<input type="checkbox"/> Kaygan, engebeli zemin	<input type="checkbox"/> Bakımsız, Hasarlı, eksik ekipman	<input type="checkbox"/> Amir Baskısı	<input type="checkbox"/> Hatalı kaldırma, taşıma, depolama	<input type="checkbox"/> Aşırı Hızlı Araç kullanma	<input type="checkbox"/> Ekipmanların emniyet tertibatlarını iptal etme
<input type="checkbox"/> Yetersiz Uyarı levhası	<input type="checkbox"/> Yetersiz Aydınlatma	<input type="checkbox"/> Diğer.....	<input type="checkbox"/> Çalışma Alanının emniyete alınmaması	Kişisel Hatalar (dikkatsizlik, acelecilik, şakalaşma vb.)	<input type="checkbox"/> Diğer.....

Kaza geçiren personel İş Sağlığı ve Güvenliği Konusunda eğitim almış mı?	<input type="checkbox"/> Hayır <input checked="" type="checkbox"/> Evet	Mesleki eğitimi mevcut mu?	<input type="checkbox"/> Hayır <input checked="" type="checkbox"/> Evet
Kazaya ilişkin risk analizi yapılmış ve risk kontrol süreci uygulanıyor mu?	<input type="checkbox"/> Hayır <input checked="" type="checkbox"/> Evet	Evet ise Risk Değerlendirme No:	

İş Güvenliği Uzmanı Görüş ve Değerlendirmeleri (Olayla ilgili yapılan çalışmalar, kök neden vb bulgular)

- Hastanın fiziksel durumu (yaklaşık 190 kg.) nedeniyle mobilizasyon için daha fazla sayıda personel görevlendirilmesi yapılmalıdır. (Personel Ekipli)
- İş yapılırken ortamın tehlike ve riskleri gözlemlenmeden müdahale edilmiş ve oda içlerinde hastaların tutuma barları ekile kalmıştır.

Kazanın Tekrarlamaması İçin Gerçekleştirilecek Düzeltici Faaliyetler	Sorumlu	Termin
- Bu tip (Normalden daha ağır hastalar) için hareket yönü mobilizasyona daha doğru planlama yapılmalı ve oda içine rahat mobilizasyon için tutuma barları planlanmalıdır.		

İmza	Raporu Hazırlayan İş Güvenliği Uzmanı İSTİNYE ÜNİVERSİTESİ Sağlık Bilimleri ve Anestezisi Merkezi - Tıp Fakültesi Metin S. LİK İş Güvenliği Uzmanı (A) Belge No: 16/2021/22	Kaza Geçiren Personel Ad Soyad/ İmza BURCU ÖZDEMİR Ömer Faruk Özdemir	Bölüm Sorumlusu Ad Soyad/ İmza Ömer Faruk Özdemir	İş Yeri Hekimi Ad Soyad/ İmza
------	---	--	---	----------------------------------

Not: Varsa olası fotoğrafları formun arkasına ekleyiniz.