## AĞIR VE TEHLİKELİ İŞLERDE ÇALIŞACAKLARA AİT İŞE GİRİŞ / PERİYODİK MUAYENE FORMU

|  |  |
| --- | --- |
| **İŞYERİNİN** |  **Fotograf** |
| Sicil no  |  |
| Unvanı  |  |
| Adresi |  |
| Tel ve faks |  |
| **İŞÇİNİN**  |
| Adı ve soyadı |  |
| Cinsiyeti |  |
| Eğitim durumu |  |
| Medeni durumu |  | Çocuk sayısı |  |
| Ev Adresi |  |
| Tel |  |
| Mesleği |  |
| Yaptığı iş |  |
| Çalıştığı bölüm |  |
| Daha önce çalıştığı yerler | İşkolu |  Yaptığı iş | Giriş-çıkış tarihi |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| 3. |  |  |  |
| **Özgeçmişi** |  |
| Kan grubu |  |
| Konjenital/kronik hastalık |  |
| Bağışıklama  |
|  - Tetanoz |  |
|  - Hepatit |  |
|  - Diğer |  |
| **Soygeçmişi** |
| Anne | Baba | Kardeş | Çocuk |
|  |  |  |  |
| **TIBBİ ANAMNEZ** |
| 1. Son bir yıl içinde aşağıdaki yakınmalardan herhangi birini geçirdiniz mi? | Hayır | Evet | Tarih |
| - Balgamlı öksürük  |  |  |  |
| - Nefes darlığı  |  |  |  |
| - Göğüs ağrısı |  |  |  |
| - Çarpıntı |  |  |  |
| - Sırt ağrısı |  |  |  |
| - İshal veya kabızlık |  |  |  |
| - Eklemlerde ağrı |  |  |  |
| - Diğer (Belirtiniz) |  |  |  |
| 2. Son bir yıl içinde aşağıdaki hastalıklardan herhangi birini geçirdiniz mi? | Hayır | Evet | Tarih |
| - Kalp hastalığı |  |  |  |
| - Şeker hastalığı |  |  |  |
| - Böbrek rahatsızlığı |  |  |  |
| - Sarılık |  |  |  |
| - Mide veya oniki parmak ülseri |  |  |  |
| - İşitme kaybı |  |  |  |
| - Görme bozukluğu |  |  |  |
| - Sinir sistemi hastalığı |  |  |  |
| - Deri hastalığı |  |  |  |
| - Besin zehirlenmesi |  |  |  |
| - Diğer (Belirtiniz) |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. Son bir yıl içinde hastanede yattınız mı? | Hayır |  | Evet ise tanı |  |
| 4. Son bir yıl içinde önemli bir ameliyat geçirdiniz mi? | Hayır |  | Evet ise nedir |  |
| 5. Son bir yıl içinde iş kazası geçirdiniz mi? | Hayır |  | Evet ise nedir |  |
| 6. Son bir yıl içinde Meslek Hastalıkları Hastanesi’ne gittiniz mi? | Hayır |  | Evet ise tanı |  |
| 7. Son bir yıl içinde Maluliyet aldınız mı? | Hayır |  | Evet ise nedir ve oranı |  |
| 8. Şu anda herhangi bir tedavi görüyor musunuz? | Hayır |  | Evet ise nedir |  |
| 9. Sigara içiyor musunuz? | Hayır |  |  |
|  | Bırakmış  |  | ..........ay/yıl önce | .............ay/yıl içmiş | ...........adet/gün içmiş |
|  | Evet |  | ..........yıldır | ..............adet/gün |
| 10. Alkol alıyor musunuz?  | Hayır |  |  |
|  | Bırakmış  |  | ..............yıl önce | ..............yıl içmiş | ................sıklıkla içmiş |
|  | Evet |  | ..........yıldır | ..............sıklıkla |
| **FİZİK MUAYENE SONUÇLARI** |
| a) Duyu organları |  |
|  - Göz |  |
|  - Kulak-Burun-Boğaz |  |
|  - Deri |  |
| b) Kardiyovasküler sistem muayenesi |  |
| c) Solunum sistemi muayenesi |  |
| d) Sindirim sistemi muayenesi |  |
| e) Ürogenital sistem muayenesi |  |
| f) Kas-iskelet sistemi muayenesi |  |
| g) Nörolojik muayene |  |
| Ğ) Psikiyatrik muayene |  |
| h) Diğer |  |
|  -TA |  / mm-Hg |
|  -Nb |  / dk. |
|  -Boy: | Kilo: | BMI: |
| **LABORATUVAR BULGULARI** |
| a) Biyolojik analizler |  |
| - Kan |  |
| - İdrar |  |
| b) Radyolojik analizler |  |
| c) Fizyolojik analizler |  |
| - Odyometre |  |
| - SFT |  |
| d) Psikolojik testler |  |
| e) Diğer |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**KANAAT VE SONUÇ:**

**1- ……………………………………………………………….işinde/işyerinde bedenen çalışmaya elverişlidir.**

**2- Raporda işaret edilen arızalar tedavi edilmek koşuluyla elverişlidir.**

 **İMZA TARİH: ........ / ......... / ..................**