
 Sağlık Bakanlığı	<b>İŞÇİ-MEMUR RAMAK KALA/TEHLİKE BİLDİRİM FORMU</b>			 T.C. Sağlık Bakanlığı Çanakkale İl Sağlık Müdürlüğü
KODU: DÖK.FR.02	YAYIN TARİHİ: 30.05.2016	REVİZYON NO: 01	REVİZYON TARİHİ: 09.06.2016	SAYFA NO: 1/1
Birimi:	Tarih : / /			
Personelin Adı: Soyadı:	T.C.Kimlik Numarası:			
Görevi:	Tel:			
İl-İlçe	Doğum Tarihi:			
Cinsiyet: K: <input type="checkbox"/> E: <input type="checkbox"/>	Medeni Hali: E: <input type="checkbox"/> B: <input type="checkbox"/>			
Ramak kala olayı Tarih: / / Saat:	Ramak kala olayı anında yaptığı iş:			
Olayın meydana geldiği yer(büro, istasyon, ambulans v.b):				
<b>RAMAK KALA/TEHLİKE OLAYI İLE İLGİLİ AÇIKLAMA</b>				
<b>RAMAK KALA/TEHLİKE OLAY NEDENLERİ</b>				
Kişisel koruyucu donanım kullanmamak	Kişisel koruyucu donanım eksikliği/uygunsuzluğu			
Ekipman kullanım hatası	Kullanılan cihazın hatalı/arızalı oluşu/korumasız oluşu			
Moral bozukluğu/korku/dalgınlık	Kötü hava koşulları(rüzgâr vb.)			
Yetersiz aydınlatma	Ekipman kullanım hatası			
Disiplinsiz/ciddiyetsiz davranışlar	Elektrik sistemi arızası			
Yorgunluk /uykusuzluk	Talimatlara uymamak			
Yetersiz uyarı/ikaz levhası/alarm sistemi	Emniyetsiz istifleme			
Yanlış kaldırma	Uygun olmayan hız			
Yangın ve patlama tehlikesi	Düzensin ortam			
Kaygan zemin	Dökülme saçılma			
Gürültü	Talimat ve bilgi eksikliği			
Kapatılmamış boşluklar	Doğal afetler(deprem, sel vb.)			
Terör ve saldırı olayları	Sabotaj			
Diğer(belirtiniz):				
<b>Ramak kala/Tehlike sonrası yapılan işlemler önerileriniz</b>				
<b>İşyeri Sağlık Güvenlik Birimi Tarafından Yapılanlar Ve Öneriler</b>				
<b>Çalışan</b>	<b>Birim Amiri</b>	<b>İş Güvenliği Uzmanı</b>		
<b>Tarih:</b>	<b>Tarih:</b>	<b>Tarih:</b>		
<b>İMZA:</b>	<b>İMZA:</b>	<b>İMZA:</b>		