

SAMSUN İL SAĞLIĞI MÜDÜRLÜĞÜ İŞE GİRİŞ / PERİYODİK MUAYENE FORMU

İŞYERİNİN			Fotoğraf
Ünvanı		SGK Sicil No.	
Adresi			
Tel ve faks		E-Posta	
Çalışanın			
Adı ve soyadı			
T.C.Kimlik No			
Doğum Yeri ve Tarihi		Cinsiyeti:	
Eğitim durumu		Medeni durumu:	Çocuk sayısı:
Ev Adresi			
Tel No.			
Mesleği			
Yaptığı iş (Ayrıntılı olarak tanımlanacaktır.)			
Çalıştığı bölüm			

Daha önce çalıştığı yerler (Bu günden geçmişe doğru)	İşkolu	Yaptığı iş	Giriş-çıkış tarihi
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

Özgeçmişi

Kan grubu		Konjenital/kronik hastalık	
-----------	--	----------------------------	--

Bağışıklama

	Geçirilmiş	Aşılı	Aşılamaya Alındı		Geçirilmiş	Aşılı	Aşılamaya Alındı
Hepatit B				Suçiçeği			
Tetanoz				Kızamık			
Hepatit A				Kızamıkçık			
Mevsimsel İnfluenza				Kabakulak			

Soygeçmişi

Anne	Baba	Kardeş	Çocuk

TIBBİ ANAMNEZ

1. Aşağıdaki yakınmalardan herhangi birini yaşadınız mı?					
	Hayır	Evet		Hayır	Evet
- Balgamlı öksürük			- Bel ağrısı		
- Nefes darlığı			- Eklemelerde ağrı		
- Göğüs ağrısı			- İshal veya kabızlık		
- Çarpıntı			- Baş ağrısı		
- Boyun ağrısı			- Allerjik reaksiyon		
- Sırt ağrısı			- Mide şikayeti		

2. Aşağıdaki hastalıklardan herhangi birini geçirdiniz mi?					
	Hayır	Evet		Hayır	Evet
a) İşitme kaybı var mı?			b) Baş dönmesi var mı?		
c) Denge kaybı var mı?			ç) Kansere hastası mı?		
d) Uyku bozukluğu (Obstrüktif uyku apnesis sendromu) ve gündüz aşırı uyuklama hali var mı?			e) Eklem hareketlerinde (baş, boyun, bel, el-ayak ve kol-bacak hareketlerinde) kısıtlılık var mı?		
f) Ektremite (el, ayak, kol, bacak, parmak) noksanlığı var mı?			g) Kas hastalığı (myopati, progresif musküler distrofi, kas-sinir)		
ğ) Kalp-damar hastalığı (anjinal yakınma, akut koroner sendrom tanısı, angioplasti, kalp yetmezliği, hipertansiyon, bilinç bozukluğuna yol açabilecek ritim bozukluğu, kalıcı pili implantasyonu) var mı?			h) Organ yetmezliği (organ nakli geçirilmiş olması, kronik böbrek yetmezliği ve diğer hayati önemi haiz organlarda dekompanse yetmezlik) var mı?		
ı) Şeker hastalığı var mı?			i) Sinir sistemi hastalığı var mı?		
j) Epilepsi (sara) hastalığı var mı?			k) Ruh hastalığı (ağır akıl hastalığı, zekâ geriliği, demans (bunama), kişilik bozukluğu, ağır davranış bozukluğu)		
l) Alkol bağımlılığı var mı?			m) Psikotrop madde bağımlılığı var mı?		
n) Görme bozukluğu var mı?			o) Renk körlüğü var mı?		
ö) Gece körlüğü (tavuk karası) var mı?			p) Göz kapağında düşme var mı?		
r) Çift görme veya şaşılık var mı?			s) Blefarospazm, katarakt, afaki veya progresif göz hastalığı var mı?		
ş) İki göz de görüyor mu?			t) Böbrek rahatsızlığı		
u) Sarılık			ü) Mide veya on iki parmak ülseri		
v) Deri hastalığı			y) Besin zehirlenmesi		
z) Kaza, yaralanma					

3. Hastanede yattınız mı?	Hayır		Evet ise tanı ?	
4. Ameliyat geçirdiniz mi?	Hayır		Evet ise neden ?	
5. İş kazası geçirdiniz mi?	Hayır		Evet ise ne oldu ?	
6. Meslek Hastalıkları şüphesi ile ilgili tetkik ve muayeneye tabi tutuldu mu?	Hayır		Evet ise sonuç ?	
7. 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		Evet	.....yıldır	.....adet/gün içiyor
	Bırakmış	.....ay/yıl önce		.....ay/yıl içmiş	.....adet/gün içmiş
10. Alkol alıyor musunuz?	Hayır		Evet	.....yıldır	.....sıklıkla içiyor
	Bırakmış	.....yıl önce		.....yıl içmiş	.....sıklıkla içmiş

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	



T.C. Sağlık Bakanlığı

ğ) Psikiyatrik muayene	
h) Diğer	

-TA :	/	mm-Hg	-Nb :	/	dk.
-Boy:		Kilo:		Vücut Kitle İndeksi :	kg/m ²

LABORATUVAR BULGULARI

1) Biyolojik analizler	Tarih	Sonuç		
- Kan		CBC		
		Biyokimya		
		Elisa	AHBs:	
			HBsAg:	
			AHIV:	
			AHCV:	
AHAV:				
- İdrar				
2) Radyolojik analizler				
3) Fizyolojik analizler				
- Odyometre				
- SFT				
-PPD				
4) Psikolojik testler				
5) Diğer				

Sevk:	Sonuç:
-------	--------

Öneriler:

İşe giriş/periodyk muayene konusunda bilgilendirildiğimi, muayene olmayı kabul ettiğimi ve muayene sırasında verdiğim bilgilerin doğru ve eksiksiz olduğunu beyan ederim.Periodyk muayenemin sonucu konusunda bilgilendirildim. Çalışanım Adı Soyadı İmza Tarih
--

KANAAAT VE SONUÇ*:

1.....işinde bedenlen ve ruhen çalışmaya elverişlidir.
2.....şartıyla çalışmaya elverişlidir.

TARİH	
İMZA	
Adı-Soyadı:	
Diploma Tarih ve No:	
İşyeri Hekimliği Belgesi Tarih ve No:	

(*Yapılan muayene sonucunda çalışanın gece veya vardiyalı çalışma koşullarında çalışıp çalışmayacağı ile vücut sağlığını ve bütünlüğünü tamamlayıcı uygun alet teçhizat vs... bulunması durumunda çalışan için bu koşullarla çalışmaya elverişli olup olmadığı kanaati belirtilecektir.)

PERİYODİK MUAYENELER:



Bu kısma, meslek hastalıkları da dikkate alınarak periyodik muayene sonuçları yazılacaktır. Periyodik muayenede yapılan tetkiklerin sonuçları rapor ekinde bulunacaktır.

Bulgular:	Tetkikler:
	KANAAAT VE SONUÇ
Periyodik muayene olmayı kabul ettiğimi ve muayene sırasında verdiğim bilgilerin doğru ve eksiksiz olduğunu beyan ederim.	1.....işinde bedenen ve ruhen çalışmaya elverişlidir.
Çalışanın Adı Soyadı İmza Tarih	2..... şartıyla çalışmaya elverişlidir.
	TARİH İMZA Adı-Soyadı: Diploma Tarih ve No: İşyeri Hekimliği Belgesi Tarih ve No:
Bulgular:	Tetkikler:
	KANAAAT VE SONUÇ
Periyodik muayene olmayı kabul ettiğimi ve muayene sırasında verdiğim bilgilerin doğru ve eksiksiz olduğunu beyan ederim.	1.....işinde bedenen ve ruhen çalışmaya elverişlidir.
Çalışanın Adı Soyadı İmza Tarih	2..... şartıyla çalışmaya elverişlidir.
	TARİH İMZA Adı-Soyadı: Diploma Tarih ve No: İşyeri Hekimliği Belgesi Tarih ve No:
Bulgular:	Tetkikler:
	KANAAAT VE SONUÇ
Periyodik muayene olmayı kabul ettiğimi ve muayene sırasında verdiğim bilgilerin doğru ve eksiksiz olduğunu beyan ederim.	1.....işinde bedenen ve ruhen çalışmaya elverişlidir.
Çalışanın Adı Soyadı İmza Tarih	2..... şartıyla çalışmaya elverişlidir.
	TARİH İMZA Adı-Soyadı: Diploma Tarih ve No: İşyeri Hekimliği Belgesi Tarih ve No: