

	LABORATUVAR/İŞ KAZASI TUTANAĞI FORMU
AFYON KOCATEPE ÜNİVERSİTESİ DENEY HAYVANLARI UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ	

1. Beyan Tarihi:

2. Kazayı Geçiren Personelin

T.C. Kimlik No:

Adı-Soyadı:

Kurum Sicil No:

Doğum Yeri ve Tarihi:

Cinsiyeti: Kadın ☐ Erkek ☐

Medeni Hali:

Öğrenim Durumu:

Görev Yaptığı Birim/Bölüm/Anabilim Dalı:

Ünvanı:

Ev Adresi:

Telefon Numarası:

E-posta Adresi:

İş Sağlığı ve Güvenliği Eğitimi almış mı?

3. Kaza Tarihi/Saati:

4. Kazanın Meydana Geldiği Yer:

5. Kazanın Tanımı: (Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)

- ☐ Enfeksiyöz kontamine cam malzeme kırılması
- ☐ Enfeksiyöz materyalin dökülme/saçılması
- ☐ Enfeksiyöz materyalin yutulması
- ☐ Enfeksiyöz materyalin yüze, göze, mukozalara sıçraması
- ☐ Kesici-delici alet yaralanması
- ☐ Kimyasal materyalle kontamine cam malzeme kırılması
- ☐ Kimyasalın dökülme/saçılması
- ☐ Kimyasalın yutulması
- ☐ Kimyasalın yüze, göze, cilde, mukozalara sıçraması
- ☐ Kimyasal dumanı veya buharı oluşması/maruziyeti
- ☐ Kimyasal kaynaklı patlama – yanma
- ☐ Diğer nedenlerden (gaz, ekipman) patlama-yanma
- ☐ Deney hayvanı ısırması/tırmalaması

- ☐ Yangın
- ☐ Yüksekten düşme
- ☐ Araç kazası
- ☐ Elektrik çarpması
- ☐ Diğer

6. Kazadan Etkilenen/Yaralanan Başka Kişiler Varsa Belirtiniz: (İsim-Soyisim, Görev Ünvanları, Adres ve İletişim Bilgileri)

7. Tanıklar Varsa Belirtiniz: (İsimleri, Görev Ünvanları, Adres ve İletişim Bilgileri, İmzaları)

8. Kazanın Oluşumunun Ayrıntılı Açıklaması: (Laboratuvar/İş kazasının ne olduğunu ve nasıl olduğunu belirtiniz. Kazaya neden olan obje ve/veya maddelerin adını ve kazaya yol açan tüm faktörleri ayrıntılı bir şekilde yazınız)

9. Kaza Sonrası Yapılan İşlemlerin Açıklaması: (Olay yerinin temizlenmesi/ dökülme kiti kullanımı gibi yapılan işlemleri, kullanılan dezenfektan / nötralizanın adını yazınız. Oluşan atıkların nasıl bertaraf edildiğini açık bir şekilde belirtiniz)

10. Laboratuvar / Birim Sorumlusunun Kazayı Haber Alma Tarihi / Saati:

Laboratuvar / Birim Sorumlusu
(Adı Soyadı /Tarih / İmza)

Not: Bu form çalışma esnasında meydana gelen her türlü kazada iki (2) nüsha olarak doldurulacak, biri ilgili birime gönderilecek, diğer nüsha Deney Hayvanları Uygulama ve Araştırma merkezinde saklanacaktır. Tıbbi müdahale gerektiren kazalarda bu forma ek olarak Laboratuvar/İş Kazası/Hastalığı Bildirim Formu da ayrıca doldurulacaktır.

	LABORATUVAR/İŞ KAZASI/HASTALIĞI BİLDİRİM FORMU
AFYON KOCATEPE ÜNİVERSİTESİ DENEY HAYVANLARI UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ	

1. Beyan Tarihi:

2. KAZA GEÇİREN/HASTALANAN PERSONELE AİT BİLGİLER

T.C. Kimlik No:

Adı-Soyadı:

Kurum Sicil No:

Doğum Yeri ve Tarihi:

Cinsiyeti: Kadın ☐ Erkek ☐

Medeni Hali:

Öğrenim Durumu:

Görev Yaptığı Birim/Bölüm/Anabilim Dalı:

Ünvanı:

Ev Adresi:

Telefon Numarası:

E-posta Adresi:

İş Sağlığı ve Güvenliği Eğitimi almış mı?

3. KAZAYA/HASTALIĞA AİT BİLGİLER

Kazanın Tanımı:

Kazanın Tarihi/Saati:

Kazanın Meydana Geldiği Yer:

Tanıklar Varsa Belirtiniz: (İsimleri, Görev Ünvanları, Adres ve İletişim Bilgileri)

4. KAZANIN/HASTALIĞIN OLUŞUMUNUN AYRINTILI AÇIKLAMASI

(Laboratuvar/İş kazasının ne olduğunu ve nasıl olduğunu belirtiniz. Kazaya neden olan obje ve/veya maddelerin adını ve kazaya yol açan tüm faktörleri ayrıntılı bir şekilde yazınız)

Laboratuvar / Birim Sorumlusunun Kazayı Haber Alma Tarihi / Saati:

Laboratuvar / Birim Sorumlusu
(Adı Soyadı /Tarih / İmza)

5. KAZA/HASTALANMA SONRASI YAPILAN İŞLEMLER

Kaza Geçiren/Hastalanan Personele Yapılan Müdahale/Tedavi/İşlemler:

Sonuç:

Doktorun Kaşesi/Tarih/İmza

Not:

1. Bu form çalışma esnasında meydana gelen her türlü kazada/hastalanmada iki (2) nüsha olarak doldurulacak, biri ilgili birime gönderilecek, diğer nüsha Dekanlık Birimi'nde saklanacaktır.
2. Kaza geçiren/hastalanan personel göreve döndükten sonra; ilgili birim tarafından personelin hangi sağlık kuruluşunda tedavi olduğu, herhangi bir işgücü kaybı olup olmadığı ve personelin varsa rapor süresi vb. konularda yetkili birim bilgilendirilecektir.