|  |
| --- |
|  ÇALIŞAN Adı soyadı T.C.Kimlik No:Çalıştığı Birim: |
| Çalıştığınız Birimde Aşağıdaki Risklerden Hangisine Maruz Kalıyorsunuz? Evet ise lütfen açıklayınız. |
|  ÇALIŞAN BİRİM SORUMLUSU |
|   | Evet | Hayır | Açıklama | Evet | Hayır | Açıklama |
| Delici kesici alet yaralanması |  |  |  |  |  |  |
| Elektrik tesisatı ve ekipmanı |  |  |  |  |  |  |
| Yangın |  |  |  |  |  |  |
| Patlama |  |  |  |  |  |  |
| Ortamdaki kimyasal maddeler |  |  |  |  |  |  |
| Gürültü |  |  |  |  |  |  |
| El-kol titreşimi / Tüm vücut titreşimi |  |  |  |  |  |  |
| UV, IR, lazer, mikrodalga radyasyon X ışını, İyonize radyasyon, Non iyonize |  |  |  |  |  |  |
| Yüksek basınç |  |  |  |  |  |  |
| Sıcak ya da soğuk hava |  |  |  |  |  |  |
| Yüklerin kaldırılması ve taşınması |  |  |  |  |  |  |
| Vücudu zorlayan çalışma |  |  |  |  |  |  |
| Sürekli tekrarlayan hareketler |  |  |  |  |  |  |
| Biyolojik tehlikeler: virüsler, parazitler, mantarlar, bakteri kan ve vücut sıvıları ) |  |  |  |  |  |  |
| Stres, şiddet, kaba kuvvet, saldırı |  |  |  |  |  |  |
| Diğerleri:  |  |  |  |  |  |  |

 AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI

PERİYODİK MUAYENE RİSK DEĞERLENDİRME FORMU

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Doküman Kodu: | Yayın Tarihi: | Revizyon Tarihi: -- | Revizyon No: | Sayfa No/Sayısı: |

ÇALIŞANIN BİRİM SORUMLUSU

 İmzası:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Adı Soyadı :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tarih ve Saat:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ İmza:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_