|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **PERİYODİK MUAYENE KARTI** | | | |
| **D.KODU İK.FR.01** | **Y.TARİHİ:10.12.2013** | **REV.00** | **REV.TARİHİ** | **SAYFA:1/2** |

**İŞ YERİNİN**

|  |
| --- |
| **FO**TOĞRAF |
|

Sicil No :…………………………………………………………………

Ünvanı :………………………………………………………………….

Adresi :……………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………..

Tlf .ve Faks :……………………………………………………………………

**İŞÇİNİN**

T.C. Kimlik No :………………………………………………………………...

Adı Soyadı :………………………………………………………………….

Cinsiyeti : K E

Eğitim Durumu :………………………………………………………………….

Medeni Durumu :……………………………………………………………………..

Ev Adresi :………………………………………………………………….....

Telefon :……………………………………………………………………….

Mesleği :……………………………………………………………………….

Yaptığı İş :………………………………………………………………………….

Çalıştığı Bölüm :…………………………………………………………………………..

Daha Önce Çalıştığı Yerler :………………………………………………………………….………………………………………..

İş Kodu Yaptığı İş 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 On iki Parmak Ülseri ……………………………… - İşitme ………………………………

- Görme Bozukluğu ……………………………..

- Sinir Sitemi Hastalığı

- Diğer (Belirtiniz) ……………………………………………………………………………………………………………………………………….

3.Son bir yıl içinde hastaneye yattınız mı?

Hayır Evet ise tanı: ……………………………………………………………………………………………………

4.Son bir yıl içinde önemli bir ameliyat geçirdiniz mi?

Hayır Evet ise tanı :………………………………………………………………………………………………………

5.Son bir yıl içinde iş kazası geçirdiniz mi?

Hayır Evet ise tanı :…………………………………………………………………………………………………………,

6.Son bir yıl içerisinde Meslek Hastalıkları Hastanesine 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 İçmiş

Evet ………………………….. Yıldır ………………………….. Adet/Gün

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **PERİYODİK MUAYENE KARTI** | | | |
| **D.KODU İK.FR.01** | **Y.TARİHİ:10.12.2013** | **REV.00** | **REV.TARİHİ** | **SAYFA:2/2** |

10.Alkol alıyor musunuz ?

Hayır Bırakmış………………………… Ay/Yıl Önce …………………………. Ay/Yıl İçmiş

Evet ………………………….. Yıldır ………………………….. Adet/Gün

**FİZİKİ 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-İskelet 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 : …………. /…………. /…………….

**PERİYODİK MUAYENELER**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Müteakip muayene tarihleri | Doktorun İmzası |
| Altı aylık devre muayenesi yapıldı.  Sıhhi durumda değişiklik yoktur.  Hastanede çalışmaya devam edebilir. |  |  |
|
| Altı aylık devre muayenesi yapıldı.  Sıhhi durumda değişiklik yoktur.  Hastanede çalışmaya devam edebilir. |  |  |
|
| Altı aylık devre muayenesi yapıldı.  Sıhhi durumda değişiklik yoktur.  Hastanede çalışmaya devam edebilir. |  |  |
|
| Altı aylık devre muayenesi yapıldı.  Sıhhi durumda değişiklik yoktur.  Hastanede çalışmaya devam edebilir. |  |  |
|
| Altı aylık devre muayenesi yapıldı.  Sıhhi durumda değişiklik yoktur.  Hastanede çalışmaya devam edebilir. |  |  |
|