|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **RADYASYON ÇALIŞANI SAĞLIK TARAMASI** | DÖKÜMAN KODU | İK.FR.09 |
| YAYIN TARİHİ | 08.03.2018 |
| REVİZYON TARİHİ | 00 |
| REVİZYON NO | 00 |
| SAYFA | 1/2 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1. ÇALIŞAN BİLGİLERİ Çalışanın kendisi tarafından doldurulacaktır. Anlaşılamayan kısımlar için hekiminize danışınız.** | | | | |
| ÇALIŞANIN ADI SOYADI | T.C. KİMLİK NUMARASI | | | CİNSİYETİ  **⁭**ERKEK **⁭**KADIN |
| ÇALIŞTIĞI/ÇALIŞACAĞI KURUM | | | | |
| ÇALIŞTIĞI/ÇALIŞACAĞI KURUMDAKİ ÜNVAN VE GÖREVİ | | | | |
| RADYASYON KAYNAKLARI İLE AĞIRLIKLI TEMAS ŞEKLİ Birden fazla işaretlenebilir  **⁭ Radyoaktif maddeler ile doğrudan el,cilt teması** (örn. radyofarmasötiklerle, brakiterapi kaynakları ile işlemler vb.)  **⁭ X-ışınlarına dışarıdan maruziyet** (Röntgen cihazları, Bilgisayarlı tomografi vb. ile yürütülen işler)  **⁭ Diğer (**Açıklayınız); | | | | |
| SON BİR YIL İÇİNDE KİŞİSEL DOZİMETRİ ÖLÇÜMLERİNDE LİMİT AŞIMI BİLDİRİLDİ Mİ?  **⁭ HAYIR ⁭ EVET** (Açıklayınız) | | | | |
| SON BİR YIL İÇİNDE RADYASYON KAZASI GEÇİRDİNİZ Mİ?  **⁭ HAYIR ⁭ EVET** (Açıklayınız) | | | | |
| SON BİR YIL İÇİNDE TIBBİ TANI VE TEDAVİ AMACIYLA RADYASYONA MARUZ KALDINIZ MI?  **⁭ HAYIR ⁭ EVET** (Açıklayınız) | | | | |
| SAĞLIK DURUMUNUZLA İLGİLİ AŞAĞIDAKİ BELİRTİ VE BULGULAR VAR MI? | | **HAYIR** | **EVET** (Açıklayınız) | |
| **Ciltte solukluk** | | **⁭** | **⁭** | |
| **Genel yorgunluk hali** | | **⁭** | **⁭** | |
| **Otururken ayağa kalktığınızda başdönmesi/göz kararması** | | **⁭** | **⁭** | |
| **Sık ateşli hastalıklara yakalanma** | | **⁭** | **⁭** | |
| **Kolay iyileşmeyen uzun süreli enfeksiyonlar** (örn. ishal, mantar enfeksiyonları vb.) | | **⁭** | **⁭** | |
| **Beklenmedik veya uzun sürede duran kanamalar** (büyük abdestte, idrarda vb.) | | **⁭** | **⁭** | |
| **Sık dişeti kanaması** | | **⁭** | **⁭** | |
| **Ciltte morluklar** | | **⁭** | **⁭** | |
| **Özellikle el sırtı başta olmak üzere**  **radyasyona maruz**  **kalan vücut bölgelerde kıl dökülmesi** | | **⁭** | **⁭** | |
| **El cildinde bozukluklar** (ciltte kalınlaşma, kılcal damarların izlenmesi, erken yaşlılık belirtileri vb.) | | **⁭** | **⁭** | |
| **Görmede bulanıklık** | | **⁭** | **⁭** | |
| **Vücudunuzdaki** (boyun, çene altı, koltuk altı, kasık vb.) **lenf bezlerinde büyüme** | | **⁭** | **⁭** | |
| Sağlığımla ilgili yukarıda beyan ettiğim bilgiler doğrudur. Gerçek dışı veya yanlış/çarpıtılmış beyanların tanı ve tedavi sürecinde sağlığımla ilgili olumsuz sonuçlar doğurabileceğinin farkındayım.  ÇALIŞANIN İMZASI TARİH | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **RADYASYON ÇALIŞANI SAĞLIK TARAMASI** | DÖKÜMAN KODU | İK.FR.09 |
| YAYIN TARİHİ | 08.03.2018 |
| REVİZYON TARİHİ | 00 |
| REVİZYON NO | 00 |
| SAYFA | 2/2 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **2. TIBBİ DEĞERLENDİRME Hekim tarafından doldurulacaktır.** | | | |
|  | **HAYIR** | | **EVET (Varsa açıklama)** |
| **EL CİLDİ BULGULARI [ Kronik radyasyon maruziyetine bağlı olarak gelişebilecek]** | | | |
| **Telenjiektazi** | **⁭** | | **⁭** |
| **Hiperkeratoz** | **⁭** | | **⁭** |
| **Atrofi** | **⁭** | | **⁭** |
| **Kıl Dökülmesi** | **⁭** | | **⁭** |
| **Tırnak Bozukluğu** | **⁭** | | **⁭** |
| **KAN VE LENFATİK SİSTEM MALİGNİTE BULGUSU [ Radyasyona bağlı olarak geç dönemde gelişebilen maligniteler]** | | | |
| **Periferik lenfadenopati** | **⁭** | | **⁭** |
| **Hepatosplenomegali** | **⁭** | | **⁭** |
|  | | | |
| **TAM KAN SAYIMI** | | **Lökosit Dağılımı** | |
|  | | **Lenfosit %** | |
| **Beyaz Küre Sayısı. . .** | | **Nötrofil %** | |
| **Trombosit Sayısı. . .** | | **Monosit %** | |
| **Hemoglobin Düzeyi. . .** | | **Eozinofil %** | |
| **Kırmızı Küre Sayısı. . .** | | **Bazofil %** | |
|  | | **Normal-dışı hücreler. . . . .** | |
|  | | | |
| **KATARAKT BULGUSU [Lensin radyasyona maruziyetinden sonra 1 yıl içinde gelişmesi beklenir]**  **Bazal Oftalmoskopik Muayenesi Var mı?**  **Hayır ⁭ Oftalmoskopik Muayene için Göz Hastalıkları Uzmanına Sevk Ediniz:**  **Evet ⁭ Son 1 yıl içinde yeni gelişen görme bulanıklığı var ise**  **Son 1 yıl içinde ek görme bulanıklığı yok ise yıllık rutin takibine devam ediniz.**  **Göz Hastalıkları Uzmanı Değerlendirmesi:**    **Kaşe/İmza/Tarih** | | | |
| **Bu formda adı geçen çalışanın tarafımdan sağlık değerlendirilmesi yapılmıştır. Radyasyon kaynakları ile çalışmasında sakınca bulunmamaktadır ⁭ / sakınca bulunmaktadır ⁭** (Açıklayınız)**:**  **İstirahat ve diğer hususlar:**    **Dr. Kaşe/İmza/Tarih** | | | |