



Özel EKOL HASTANESİ
RADYASYONLA ÇALIŞAN
PERSONEL SAĞLIK TARAMASI FORMU



1.ÇALIŞAN BİLGİLERİ Çalışanın kendisi tarafından doldurulacaktır. Anlaşılmayan kısımlar için hekime

Çalışanın Adı Soyadı:

T.C.Kimlik No:

Cinsiyeti : Kadın Erkek

Çalıştığı/Çalışacağı Kurumdaki Unvan ve Görevi:

Radyasyon Kaynakları ile Ağırlıklı Temas Şekli (Birden fazla işaretlenebilir)

Radyoaktif maddeler ile doğrudan al, cilt teması (Örn.radyofarmasötiklerle, bratiterpi kaynakları ile işlemler vb.)

X-ışınlarına dışarıdan maruziyet (Röntgen cihazları,Bilgisayarlı tomografivb.ile yürütülen işler)

Diğer (Açıklayınız)

Son 1 Yıl içinde kişisel dozimetri ölçümlerinde Limit aşımı bildirimini?

Evet

Hayır

Son 1 Yıl içinde Radyasyon kazası geçirdiniz mi?

Evet

Hayır

Son 1 Yıl içinde tıbbi tanı ve tedavi amacıyla radyasyona maruz kaldınız mı?

Evet

Hayır

Sağlık Durumunuzla İlgili Aşağıdaki Belirti ve Bulguları var mı?	HAYIR	EVET (Açıklayınız)
Ciltte solukluk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otururken ayağa kalktığınızda baş dönmesi/göz kararması	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sık ateşli hastalıklara yakalanma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kolay iyileşmeyen uzun süreli enfeksiyonlar (Örn,ishal,mantar enfeksiyonları vb)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beklenmedik veya uzun sürede duran kanamalar (büyük abdestte,idrarda vb)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sık dişeti kanaması	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ciltte morluklar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Özellikle el sırtı başta olmak üzere radyasyona maruz kalan vücut bölgelerinde kıl dökülmesi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El cildinde bozukluklar (ciltte kalınlaşma,kılcal damarların erken yaşlılık belirtileri vb)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Görmede bulanıklık	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vücudumuzdaki (boyun,çene altı,koltuk altı, kasık vb.)lenf bezlerinde büyüme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sağlığım ile ilgili yukarıda beyan ettiğim bilgiler doğrudur.Gerçek dışı veya yanlış /çarpıtılmış beyanların tanı ve tedavi sürecinde sağlığım ile ilgili olumsuz sonuçlar doğurabileceğinin farkındayım.

ÇALIŞANIN İMZASI:

TARİH:

Doküman No	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
SÇ.FR.01	13.09.2013	02	15.01.2016	1 / 2



Özel EKOL HASTANESİ
RADYASYONLA ÇALIŞAN
PERSONEL SAĞLIK TARAMASI FORMU



2. TIBBİ DEĞERLENDİRME *Hekim tarafından doldurulacaktır.*

EL CİLDİ BULGULARI (Kronik radyasyon maruziyetine bağlı olarak gelişebilecek)		
	HAYIR	EVET (Varsa açıklayınız)
Telenjiektazi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hiperkeratöz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atrofi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kıl dökülmesi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tırnak Bozukluğu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dermatoloji Uzmanı Değerlendirme:		
Kaşe- İmza-Tarih		

KAN VE LENFATİK SİSTEM MALİGNİTE BULGUSU *(radyasyona bağlı olarak geç dönemde gelişen maligniteler)*

	HAYIR	EVET
Periferik lenfadenopati	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatosplenomegali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TAM KAN SAYIMI	Lökosit dağılım
Beyaz Küre Sayısı	Lenfosit %
Trombosit Sayısı	Nötrofil %
Hemogloblin Düzeyi	Monosit%
Kırmızı Küre sayısı	Eozinofil %
	Bazofil %
	Normal dışı hücreler....
Dahiliye Uzmanı Değerlendirme:	
Kaşe- İmza-Tarih	

KATARAKT BULGUSU: (Lensin radyasyona maruziyetinden sonra 1 yıl içinde gelişmesi beklenir)	EVET	HAYIR
Bazal Oftalmoskopik Muayenesi var mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Son 1 yıl içinde yeni gelişen görme bulanıklığı var mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Göz Hastalıkları Uzmanı Değerlendirme:		
Kaşe- İmza-Tarih		