ONKOLOJİ ENSTİTÜSÜ
KİŞİSEL SAĞLIK BİLGİ FORMU

Adı-soyadı:					Birimi:			Röntgen			Yaşı:					
Kadın ise gebelik durumu:		Gebe	O	Beklenen D. T:				Allerjisi:	Var:…..	Yok						
Görevi:	Doktor	O	Hemşire	O	Rad. Tek.	O	Anestezi Tek.	O	Lab. Tek.	O	Memur	O	Yard. Pers.	O	Eczacı:	
Kronik Hastalığı ve Süresi:																
Geçirilmiş Operasyon/Varsa Tarihi:																
Sürekli kullandığı ilaçlar:																

ELİSA	Tarih:	Pozitif	Negatif	Titre
Anti HBS				
HBsAg				
Anti HCV				
Anti HİV				
VDRL/TPHA				

Hepatit aşısı:	Yapıldı	O	Doğal bağışık	O	Aşı istemiyor	O
1. Aşı	Tarih:					
2. Aşı	Tarih:					
3. Aşı	Tarih:					
1. yıl rapel:	Tarih:					

TARİH	NOTLAR

ONKOLOJİ ENSTİTÜSÜ
KİŞİSEL SAĞLIK BİLGİ FORMU

Çalışanın Adı, Soyadı :

DERİ MUAYENESİ	Evet (Bulgu varsa açıklayınız)	Hayır	
EL CİLDİ BULGULARI [Kronik radyasyon maruziyetine bağlı olarak gelişebilecek]			
Telenjiektazi	☐	☐	Sonuç:
Hiperkeratoz	☐	☐	
Atrofi	☐	☐	
Kıl Dökülmesi	☐	☐	
Tırnak Bozukluğu	☐	☐	

KAN VE LENFATİK SİSTEM MALİGNİTE BULGUSU [Radyasyona bağlı olarak geç dönemde gelişebilen maligniteler]

TAM KAN SAYIMI	Lökosit Dağılımı	**PERİFERİK YAYMA**	**Evet**	**Hayır**
Beyaz Küre Sayısı. . .	Lenfosit %	Periferik lenfadenopati	☐	☐
Trombosit Sayısı. . .	Nötrofil %	Hepatosplenomegali	☐	☐
Hemoglobin Düzeyi. . .	Monosit %	Sonuç:		
Kırmızı Küre Sayısı. . .	Eozinofil %			
Normal-dışı hücreler. . .	Bazofil %			

Dr.Kaşe/Tarih/İmza

KATARAKT BULGUSU (Lensin radyasyona maruziyetinden sonra 1 yıl içinde gelişmesi beklenir)

Bazal Oftalmoskopik Muayenesi Var mı?

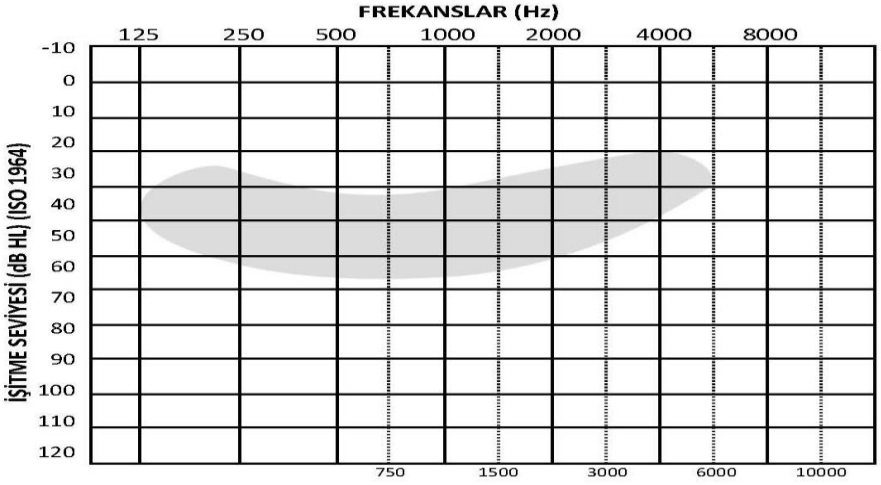
Hayır ☐ Oftalmoskopik Muayene için Göz Hastalıkları Uzmanına Sevk Ediniz:

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: Dr. Kaşe/İmza/Tarih

ODYOGRAM



Frekans (Hz)	250	500	1000	2000	4000	8000
Weber						

SAF SES ORTALAMASI(dB) (PTA) (500-2000 Hz)		
	Sol	Sağ
Hava	dB	dB
Kemik	dB	dB

KONUŞMAYI ANLAMA EŞİĞİ (dB) (SRT)			
Çift/Hprl	Sol	Sağ	Aletle
dB	dB	dB	dB

KONUŞMAYI AYIRT ETME ORANI (%) (SDS)			
Çift/ Hprlr	Sol	Sağ	Aletle
dB	dB	dB	dB
Verilen Sesin İşitilme Düzeyi (HL)			

TEDİRGİN EDİCİ SES YÜKSEKLİĞİ (dB) (UCL)			
Çift/ Hprlr	Sol	Sağ	Aletle
dB	dB	dB	dB

Dr. Kaşe/İmza/Tarih

SFT:

Dr. Kaşe/İmza/Tarih

Bu formda adı geçen çalışanın tarafımdan sağlık değerlendirilmesi yapılmıştır ve çalışmasında sakınca bulunmamaktadır ☐ / sakınca bulunmaktadır ☐ (Açıklayınız)

İstirahat ve diğer hususlar:

Dr. Kaşe/İmza/Tarih