



T.C.
AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
SÖKE SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK
YÜKSEKOKULU

Doküman No: SSH-FOR-00029

Yayın Tarihi: 24.04.2026

Revizyon No:

Revizyon Tarihi:

LABORATUVAR OLAY BİLDİRİM FORMU

1. OLAY BİLGİLERİ	
Olayın Tarihi	
Olayın Saati	
Olayın Yeri / Laboratuvar	
Ders / Uygulama	
Kullanılan Cihaz / Malzeme	
Olay No	
Bildirimi Yapan Kişi	
Görevi / Ünvanı	
2. OLAYI YAŞAYAN KİŞİ BİLGİLERİ	
Adı Soyadı	
Statüsü	<input type="checkbox"/> Öğrenci <input type="checkbox"/> Öğretim Elemanı <input type="checkbox"/> Personel <input type="checkbox"/> Diğer:
Program / Birim	
Sınıfı (öğrenci ise)	
Telefon	
E-posta	
Kişisel koruyucu ekipman kullanımı	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
Olay sonrası uygulama durduruldu mu?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
3. OLAYIN TÜRÜ	
Olay Türü	<input type="checkbox"/> Düşme / Çarpma <input type="checkbox"/> Kesici-delici yaralanma <input type="checkbox"/> Yanık / Isı teması <input type="checkbox"/> Elektrik teması <input type="checkbox"/> Kimyasal madde teması <input type="checkbox"/> Biyolojik materyal teması <input type="checkbox"/> Ekipman arızası <input type="checkbox"/> Diğer: _____ <i>Not: Bildirimi yapan kişi ile olayı yaşayan kişi aynı olmayabilir. Gerekirse ek açıklama sayfası kullanılabilir.</i>
4. OLAYIN AÇIKLAMASI	
Lütfen aşağıdaki başlıkları dikkate alarak açıklayınız: - Olay nasıl gerçekleşti? - Hangi işlem / uygulama sırasında oldu? - Kullanılan araç, cihaz veya malzeme neydi? - Olaydan hemen sonra ne yapıldı?	
5. YARALANMA / ETKİLENME VE MÜDAHALE	
Yaralanma / Etkilenme Düzeyi	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Hafif <input type="checkbox"/> Orta <input type="checkbox"/> Ciddi
İlk müdahale yapıldı mı?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
Müdahale Şekli	<input type="checkbox"/> İlk yardım <input type="checkbox"/> Gözlem

	<input type="checkbox"/> Sağlık kuruluşuna sevk <input type="checkbox"/> 112 çağrıldı
Alan güvenliği sağlandı mı?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
Sağlık kuruluşuna başvuru	<input type="checkbox"/> Gerekmedi <input type="checkbox"/> Başvuruldu
Başvuru yapılan yer	
6. OLAYIN SEBEPLERİ VE ALINAN ÖNLEMLER	
Olası Sebepler	<input type="checkbox"/> Dikkatsizlik <input type="checkbox"/> Talimata uymama <input type="checkbox"/> Eğitim eksikliği <input type="checkbox"/> Yetersiz gözetim <input type="checkbox"/> Koruyucu ekipman kullanılmaması <input type="checkbox"/> Ekipman arızası <input type="checkbox"/> Ortam koşulları <input type="checkbox"/> Dökülme / sızıntı / atık hatası <input type="checkbox"/> Diğer: _____
Alınan / Önerilen Önlemler:	
7. GÖRGÜ TANIĞI BİLGİLERİ	
Tanık 1 - Adı Soyadı	
Tanık 1 - İletişim	
Tanık 2 - Adı Soyadı	
Tanık 2 - İletişim	
Görgü Tanığının Olay Hakkındaki Açıklaması	
8. İNCELEME VE KAPATMA	
Formu Teslim Alan Kişi	
Teslim Tarihi	
İncelemeyi Yapan	
İnceleme Tarihi	
Sonuç / Değerlendirme	
Kapatma Onayı	
9. İMZA VE ONAY	
Bildirimi Yapan Kişi - İmza / Tarih	
Olayı Yaşayan Kişi - İmza / Tarih	
Yetkili Kişi - İmza / Tarih	
<i>Bu form yalnızca resmi kayıt, inceleme ve iyileştirme amacıyla kullanılacaktır.</i>	