

T.C.
..... VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü
Dış Protez Laboratuvarı Çalışanları Değerlendirme Formu

Formun Kullanımı: Denetim ekibince çalışan her personel için bir form doldurulacaktır. Çalışanların yeni çekilmiş, doz ve çekim hatası olmayan, standart boyutlu PA akciğer filmleri, Yönetmelik Ek 4 fotokopisi forma eklenerek mesul müdür tarafından katlanmadan, uygun muhafazalarla denetim ekibine teslim edilir. Müdürlükçe ilgili Meslek Hastalıkları Hastanesine gönderilmesi sağlanır.

İşyerinin unvanı :
Çalışanın Adı Soyadı :
Sigorta Sicil Numarası :
T.C. Kimlik Numarası :

Solunum Sistemi Yakınmaları: (Sürekli var olan yakınmalar tanımlanır.)

Yakınma	Var	Süre	Açıklama
Öksürük			
Balgam			
Nefes Darlığı			
.....			
.....			

Sigara Öyküsü: İçiyor İçmiyor Bırakmış
Kaç yıllık sigara içicisi: (Sigarayı bırakmış olsa da doldurulur) yıl
Günde ortalama kaç paket sigara içmiş:paket
Sigarayı bırakmışsa kaç yıldır sigarayı bırakmış: yıl
Dış Protez Teknisyeni olarak çalışma süresi: yıl
Dış Protez Laboratuvarlarında Aşağıdaki İş-Bölmelerde çalışma süresi:

Modelasyon Bölümü (hareketli/sabit)	.....	Yıl
Tesviye ve Polisaj Bölümü (Kumlama makinesi, tesviye motoru, polisaj motoru vb kullanımı)	.....	Yıl
Alçı ve Rövetman Bölümü	.....	Yıl
Döküm Bölümü	.....	Yıl

Son çalıştığı 3 laboratuvar ve yaptığı iş (Polisaj, döküm, tesviye gibi net ifadeler kullanılır)

İşyerinin adı	Yaptığı İş	Çalışma Süresi
		.....yıl
		.....yıl
		.....yıl

Denetim Tarihi:...../...../ ...

Denetimi yapan yetkilinin Adı Soyadı İmzası