İŞE DÖNÜŞ MUAYENESİ FORMU

|  |  |
| --- | --- |
| HASTALIK |  |
| İŞ KAZASI |  |
| MESLEK HASTALIĞI |  |
| GEBELİK |  |
| Covid-19 için Riskli Hastalık |  |

İSTİRAHAT GÜN SAYISI …………………………

**İŞÇİNİN**

|  |  |
| --- | --- |
| ADI SOYADI |  |
| SİCİL NO |  |
| ÇALIŞTIĞI BÖLÜM |  |
| YAPTIĞI İŞ |  |
| BÖLÜM ŞEFİ |  |
| BÖLÜM MÜDÜRÜ |  |

**FİZİK MUAYENE SONUÇLARI:**

TA : ………../…………...mm-Hg SaO2:…… % Nb:………./dak………...

Kan Şekeri mg/dl

1. DUYU ORGANLARI;

GÖZ……………………………………………….……………………………………………………………………………

KULAK-BURUN-BOĞAZ……………...…………………..…..…………………………………………………………….

DERİ……………………………………………………………………………………………………………………………

1. KARDİYOVASKÜLER SİSTEM MUAYENESİ…………………………………………………………………..

**C)**SOLUNUM SİSTEMİ MUAYENESİ……………………………………………………………………………….

**D)**SİNDİRİM SİSTEMİ MUAYENESİ…………………………………………………………………………………

**E)**ÜROGENİTAL SİSTEMİ MUAYENESİ……...……………………………………………………………………

**F)**KAS-İSKELET SİSTEMİ MUAYENESİ……………...……………………………………………………………

**G)**NÖROLOJİK MUAYENE………………………………..………...……………………………………………..

**Ğ)**PSİKİYATRİK MUAYENE ………………………………………………………………………………………..

**H)** DİĞER………………….………………………………………………………………………………………….

**KANAAT VE SONUÇ:**

TARİH : ……………….

|  |  |
| --- | --- |
| **İŞBAŞI YAPMASI UYGUNDUR** |  |
| **İLGİLİ BRANŞ SEVKİ UYGUNDUR** |  |
| KARAR: | |

# Protokol No : …………….

İŞYERİ HEKİMİ

**NOT:** Bu form hastane raporları ile birlikte muayenesi yapılan hastanın özlük dosyasında bulundurulur.

**Form No: Rev. No:**