URARTU GÖZ	PERSONEL SAĞLIK TARAMA VE TAKİP FORMU			
DOKÜMAN KODU	YAYIN TARİHİ	REVİZYON NO	REVİZYON TARİHİ	SAYFA /NO
SÇ.FR.03	01.01.2024	0	-	Sayfa 1 / 1

KİŞİSEL BİLGİLER

Adı Soyadı :
Cinsiyeti :
Baba Adı :
Kan Grubu :
Doğum Tarihi :
Mesleği :
Çalıştığı Bölüm :
Göreve Başlama Tarihi :

ÖZGEÇMİŞ

Sigara Kullanımı : Var ( ) Yok ( )
Geçirilmiş Tüberkiloz Öyküsü : Var ( ) Yok ( )
Geçirilmiş Operasyon Öyküsü : Var ( ) Yok ( )
.....
Kronik Hastalık Öyküsü : Var ( ) Yok ( )
.....
Allerji Öyküsü : Var ( ) Yok ( )
.....

SOY GEÇMİŞİ

ANNE		BABA	
HT		HT	
DM		DM	
CA		CA	
IKH		IKH	
DİĞER		DİĞER	

PERSONEL İÇİN YAPILMASI GEREKEN TETKİKLER

TARİH	BİYOKİMYA	HEMOGRAM	PER. YAYMA	AKC. GRAFİSİ	GÖZ	ODİO	X RAY	DERMATOLOJİ	PORTÖR	ANTİ HBS	HBS AG	ANTİ HCV	ANTİ HİV	DİĞER