ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ

LABORATUVAR ÇALIŞMALARI SIRASINDA OLAY BİLDİRİM FORMU

Olayın Gerçekleştiği Laboratuvar:	
Olay Tarihi:	……../……./……..
Olay Saati:	……..
Formun Doldurulduğu Tarih/ Saat	……../……/……
Tespit Eden Kişi:	
İmza:	

Olaya Maruz Kalan Kişinin;		
Adı Soyadı:		**T.C. KİMLİK NO:**
Cep Telefonu/ E-mail Adresi:		
İkametgah Adresi:		

Olayı gören: (…) Var (…)Yok
Şahidin/Şahitlerin Adı/Soyadı/İmza :

Şahidin/Şahitlerin Adresi ve Tel No:

Olaya İlişkin Açıklama:

Yapılacak İşlemler ve Sonuç:

Olaya Maruz Kalan Kişi	**Dersin Sorumlu Öğretim Elemanı**
Adı Soyadı:	**Adı Soyadı:**
Tarih:	**Tarih:**
İmza:	**İmza:**

***Bu belgenin bir nüshası Hemşirelik Bölüm Başkanlığı'na teslim edilecektir.**

**Kaza gerçekleşmesi durumunda AYBÜ İş Sağlığı ve Güvenliği Koordinatörlüğü tarafından oluşturulan "Acil Durum Planı" uygulanmalıdır.*
**Acil Durum planları: https://aybu.edu.tr/isgk/tr/sayfa/989/%C4%B0%C5%9F-Kazas%C4%B1*