

OPTİMED	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANARI		Doküman No: SÇ-DK-17	
	İYONLAŞTIRICI RADYASYON KAYNAĞI İLE ÇALIŞACAKLAR/ÇALIŞANLAR İÇİN SAĞLIK RAPORU FORMU		Yayın Tarihi: 01.08.2022	
			Revizyon No:00	
			Revizyon Tar:...	
			Sayfa No:	
ÇALIŞAN BİLGİLERİ				
ADI SOYADI	T.C. KİMLİK NO	KURUM SİCİL NO	CİNSİYETİ	
			ERKEK	KADIN
Çalıştığı/Çalışacağı Kurum				
Çalıştığı/Çalışacağı Kurumdaki Unvanı ve Görevi				
Radyasyona Maruz Kalma (Birden fazla işaretlenebilir)	X- ışınlarına dışarıdan maruziyet (Röntgen cihazları, bilgisayarlı tomografi gibi cihazlarla yürütülen işler)		:	
	Radyoaktif maddeler ile doğrudan el, cilt teması (Örneğin; radyofarmasörlerle, brakiterapi kaynakları ile işlemler gibi)		:	
	Son 1 yıllık dozimetre ölçüm toplamı (mSm)		:	
	Diğer (Açıklayınız) :			
Son bir yıl içinde kişisel dozimetri ölçümlerinde doz limit aşımı bildirildi mi?	HAYIR		EVET (Açıklayınız)	
Son bir yıl içinde radyasyon kazası geçirdiniz mi?	HAYIR		EVET (Açıklayınız)	
Son bir yıl içinde tıbbi tanı ve tedavi amacıyla radyasyona maruz kaldınız mı?	HAYIR		EVET (Açıklayınız)	
Sağlık durumunuzla ilgili aşağıdaki belirti ve bulgular var mı?				
Ciltte solukluk Genel yorgunluk hali Otururken ayağa kalktığınızda baş dönmesi/ göz kararması Sık ateşli hastalıklara yakalanma Kolay iyileşmeyen uzun süreli enfeksiyonlar (Örneğin; ishal, mantar enfeksiyonları gibi) Beklenmedik veya uzun sürede duran kanamalar (Gaitada veya israrda gibi) Sık diş eti kanaması Ciltte morluklar Özellikle el sırtı başta olmak üzere radyasyona maruz kalan vücut bölgelerde kıl dökülmesi El cildinde bozukluklar (ciltte kalınlaşma, kılcıl damarların izlenmesi, erken yaşlılık belirtileri gibi) Görmede bulanıklık Vücutunuzdaki (boyun, çene altı, koltuk altı, kasık gibi) lenf bezlerinde büyüme	YOK		VAR (Açıklayınız)	
Sağlığım ile ilgili yukarıda beyan ettiğim bilgileri doğrudur. Çalışan/Çalışacak Kişinin Adı ve Soyadı: İmza: Tarih:				

TIBBİ DEĞERLENDİRME (Hekim Tarafından Doldurulacaktır)														
EL-CİLT BULGULARI [Kronik radyasyon maruziyetine bağlı olarak gelişebilecek]														
<table><thead><tr><th>HAYIR</th><th>EVET(Varsa açıklama)</th></tr></thead><tbody><tr><td colspan="2">Telenjektazi</td></tr><tr><td colspan="2">Hiperkeratoz</td></tr><tr><td colspan="2">Atrofi</td></tr><tr><td colspan="2">Kıl Dökülmesi</td></tr><tr><td colspan="2">Tırnak Bozukluğu</td></tr></tbody></table>			HAYIR	EVET(Varsa açıklama)	Telenjektazi		Hiperkeratoz		Atrofi		Kıl Dökülmesi		Tırnak Bozukluğu	
HAYIR	EVET(Varsa açıklama)													
Telenjektazi														
Hiperkeratoz														
Atrofi														
Kıl Dökülmesi														
Tırnak Bozukluğu														
KAN VE LENFATİK SİSTEM MALİGNİTE BULGUSU [Radyasyona bağlı olarak geç dönemde gelişebilen maligniteler]														
Periferik lenfadenopati Hepatosplenomegali														
<table><thead><tr><th>TAM KAN SAYIMI</th><th>Lökosit Dağılımı</th></tr></thead><tbody><tr><td>Beyaz Küre Sayısı</td><td>Lömfosit %</td></tr><tr><td>Trombosit Sayısı</td><td>Nötrofil %</td></tr><tr><td>Hemoglobin Düzeyi</td><td>Monosit %</td></tr><tr><td>Kırmızı Küre Sayısı</td><td>Eozinofil %</td></tr><tr><td>Normal Dışı Hücreler</td><td>Bazofil %</td></tr></tbody></table>			TAM KAN SAYIMI	Lökosit Dağılımı	Beyaz Küre Sayısı	Lömfosit %	Trombosit Sayısı	Nötrofil %	Hemoglobin Düzeyi	Monosit %	Kırmızı Küre Sayısı	Eozinofil %	Normal Dışı Hücreler	Bazofil %
TAM KAN SAYIMI	Lökosit Dağılımı													
Beyaz Küre Sayısı	Lömfosit %													
Trombosit Sayısı	Nötrofil %													
Hemoglobin Düzeyi	Monosit %													
Kırmızı Küre Sayısı	Eozinofil %													
Normal Dışı Hücreler	Bazofil %													
KATARAK BULGUSU (Lensin radyasyona maruziyetinden sonra 1 yıl içinde gelişmesi beklenir)														
Bazal Oftalmoskopik Muayenesi Var mı?	HAYIR	Oftalmoskopik Muayene için Göz Hastalıkları Uzmanına Sevk Ediniz												
	EVET	Son 1 yıl içinde yeni gelişen görme bulanıklığı var ise Göz Hastalıkları Uzmanına Sevk Ediniz												
Son 1 yıl içinde ek görme bulanıklığı yok ise yıllık rutin takibine devam ediniz.														
Göz Hastalıkları Uzmanı Değerlendirmesi:														
Dr.Kaşe/İmza/Tarih														
Bu formda adı geçen çalışanın tarafımdan sağlık değerlendirilmesi yapılmıştır:														
Radyasyon kaynakları ile çalışmasında sakınca bulunmamaktadır :														
Radyasyon kaynakları ile çalışmasında sakınca bulunmaktadır (Açıklayınız): :														
İstirahat ve diğer hususlar:														
Dr. Kaşe/İmza/Tarih														