



TC.
MİLLÎ EĞİTİM BAKANLIĞI
İşyeri Sağlık ve Güvenlik Birimi
OKUL ADLİ VAKA KAYIT
TUTANAĞI

Döküman No :
Yayın No :
Yayın Tarihi :
Revizyon Tarihi :
Revizyon Sayısı :
Sayfa No :
Kurum/Birim Kodu:

OLAYA KARIŞAN KİŞİLERİN ADI
SOYADI

OLAYIN NİTELİĞİ

KAZA (Okul içi-okul çevresi)

DARP

DİĞER

OLAYIN GERÇEKLEŞTİĞİ YER-
TARİH VE SAATİ

OLAYIN ÖYKÜSÜ:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

OLAYA KARIŞAN KİŞİLERDE FİZİKİ MUAYENE BULGULARI:

.....

.....

.....

.....

YAPILAN İŞLEMLER:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
Okul Sağlığı Hemşiresi

.....
Nöbetçi Öğretmen

.....
Okul Müdürü

Not: Adli vakaya konu olarak elde edilen ve delil niteliği taşıyan objeler standartlara uygun saklama koşullarında muhafaza edilecek, "Yapılan İşlemler" bölümüne kaydı yapılacak ve tutanak ile birlikte ilgili yere gönderimi sağlanacaktır.



TC.
MİLLÎ EĞİTİM BAKANLIĞI
İşyeri Sağlık ve Güvenlik Birimi
EĞİTİM KATILIM FORMU

Döküman No :
Yayın No : 01
Yayın Tarihi :
Revizyon Tarihi : .../.../20...
Revizyon Sayısı : 00
Sayfa No : 1 / 1

İL/İLÇE ADI	:	
OKUL ADI	:	
EĞİTİM ADI	:	
EĞİTİM TARİHİ	:	
EĞİTİM SÜRESİ	:	
EĞİTİM GÖREVLİSİ	:	İMZA
EĞİTİM KONULARI	:	

S.No	KATILIMCILAR		
	ADI SOYADI	GÖREVİ	İMZA
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			



TC.
MİLLÎ EĞİTİM BAKANLIĞI
İşyeri Sağlık ve Güvenlik Birimi

Döküman No :
Yayın No :
Yayın Tarihi :
Revizyon Tarihi :
Revizyon Sayısı :
Sayfa No :
Kurum/Birim Kodu:

ÖĞRENCİ SAĞLIK TANIMA FORMU

İL/İLÇE ADI	:	
OKUL ADI	:	
TARİH	:	
HEMŞİRE ADI SOYADI	:	

I. SOSYO-DEMOGRAFİK BİLGİLER

Öğrencinin Adı soyadı		TC Kimlik No:
Adresi		
İlçe / il		E-posta adresi:@.....
Doğum Tarihi (G/A/Yıl)/...../.....	Ev telefonu:
Cinsiyet	() Kadın () Erkek	Cep telefonu:
Gerektiğinde iletişim kurulacak kişi (adı)		Yakınlık derecesi: Telefonu:
Konuştuğu dil		
Kardeş Sayısı		

II. SAĞLIK BİLGİSİ

Kan grubu:	() A Rh (+) () B Rh (+) () AB Rh (+) () O Rh (+) () A Rh (-) () B Rh (-) () AB Rh (-) () O Rh (-)		
Aile bireylerinin önemli hastalıkları:	ANNE:	BABA:	KARDEŞ:
Ailede kalıtsal hastalık	ANNE:	BABA:	KARDEŞ:
Hemşire Notları:			



TC.
MİLLÎ EĞİTİM BAKANLIĞI
İşyeri Sağlık ve Güvenlik Birimi

Döküman No :
Yayın No :
Yayın Tarihi :
Revizyon Tarihi :
Revizyon Sayısı :
Sayfa No :
Kurum/Birim Kodu:

ÖĞRENCİ SAĞLIK TANIMA FORMU

BÜYÜME GELİŞME İZLEME TABLOSU

İzlem		Boy (cm)	Ağırlık (kg)	Beden Kitle İndeksi (kg/cm ²)	Büyüme Eğrisi (%)
Dönem	Tarih				
Hemşire Notları:					

BÜYÜME GELİŞMENİN DEĞERLENDİRMESİ

BÜYÜME GELİŞME DURUMU	VAR	YOK
Büyüme-Gelişme Geriliği		
Yaşa Göre Boy Kısaldığı		
Yaşa Göre Düşük Kilolu Olma		
Hemşire Notları:		

AĞIZ DIŞ SAĞLIĞI

AĞIZ DIŞ SAĞLIĞI PROBLEMİ () VAR () YOK	SAYI
Toplam Diş Sayısı	
Sağlam Diş Sayısı	
Çürük Diş Sayısı	
Dolgu Diş Sayısı	
Kayıp Diş Sayısı	
Hemşire Notları:	



TC.
MİLLÎ EĞİTİM BAKANLIĞI
İşyeri Sağlık ve Güvenlik Birimi

Döküman No :
Yayın No :
Yayın Tarihi :
Revizyon Tarihi :
Revizyon Sayısı :
Sayfa No :
Kurum/Birim Kodu:

ÖĞRENCİ SAĞLIK TANIMA FORMU

BAĞIŞIKLAMA

Bağışıklama Durumu	AŞI ADI
<input type="checkbox"/> TAM*	
<input type="checkbox"/> EKSİK**	
Hemşire Notları:	

* 1. BCG, 2. DBT, 3. Polio, 4. Kızamık, 5. Hepatit aşlarının uygun dozda yapılmış olmasını ifade etmektedir.

** Lütfen eksik bağışıklama için aşı numaralarını yazınız

ALERJİ

Alerjiler: Bilinen alerji yok
 Bilinen alerji var
 Bireyin alerjisi var ise aşağıdaki tabloyu doldurunuz

Tanı tarihi:

Alerji Tipi	Alerjen	Reaksiyon	Alerji ciddiyeti	
<input type="checkbox"/> Hayvan alerjisi <input type="checkbox"/> İlaç alerjisi <input type="checkbox"/> Çevresel faktörlerden kaynaklanan alerji <input type="checkbox"/> Gıda alerjisi <input type="checkbox"/> Bitki alerjisi <input type="checkbox"/> Polen alerjisi <input type="checkbox"/> Diğer		<input type="checkbox"/> Ürtiker <input type="checkbox"/> Burun tıkanıklığı/ burunda şişlik <input type="checkbox"/> Deri döküntüsü <input type="checkbox"/> Eklem ağrısı <input type="checkbox"/> Halsizlik/yorgunluk <input type="checkbox"/> Kas ağrısı <input type="checkbox"/> Nefes darlığı/ solunum sıkıntısı	<input type="checkbox"/> Ağrı, enjeksiyon bölgesinde şişlik <input type="checkbox"/> Ateş <input type="checkbox"/> Öksürük <input type="checkbox"/> Baş ağrısı () Şişlik <input type="checkbox"/> Boğaz ağrısı <input type="checkbox"/> Üşüme/titreme <input type="checkbox"/> Burun akıntısı	<input type="checkbox"/> Hafif <input type="checkbox"/> Orta <input type="checkbox"/> Ciddi <input type="checkbox"/> Biniyor

Hemşire Notlar:



TC.
MİLLÎ EĞİTİM BAKANLIĞI
İşyeri Sağlık ve Güvenlik Birimi

Döküman No :
Yayın No :
Yayın Tarihi :
Revizyon Tarihi :
Revizyon Sayısı :
Sayfa No :
Kurum/Birim Kodu:

ÖĞRENCİ SAĞLIK TANIMA FORMU

AŞI BİLGİLERİ

TEST VE AŞILAR	TARİHİ
Verem (BCG Testi)	
Verem Aşısı	
Kızamık Aşısı	
Çocuk Felci Aşısı	
Difteri Aşısı	
Tetanos Aşısı	
Hepatit (sanlık) A / B Aşısı	
Grip Aşısı	
Hemşire Notları :	

KULLANDIĞI İLAÇLAR

İlacın Adı	Dozu	Uygulama yolu	Başlangıç tarihi	Bitiş tarihi
Hemşire Notları :				

SAĞLIK PROBLEMİ

SAĞLIK PROBLEMİ	VAR	YOK	AÇIKLAMA
Kronik Hastalığı (Kalp- dolaşım sistemi, Diabet, Epilepsi, Hipertasyon)			
Sık Geçirdiği Enfeksiyonlar			
Görme Problemi			



**TC.
MİLLÎ EĞİTİM BAKANLIĞI
İşyeri Sağlık ve Güvenlik Birimi**

Döküman No :
Yayın No :
Yayın Tarihi :
Revizyon Tarihi :
Revizyon Sayısı :
Sayfa No :
Kurum/Birim Kodu:

ÖĞRENCİ SAĞLIK TANIMA FORMU

İşitme Problemi			
Kas-İskelet Sistemi Problemi			
Gastro-İntestinal Sistem Problemi			
Kullandığı cihaz			
Kaza geçirme durumu			
Ameliyat geçirme durumu			
Son Bir yılda Hastaneye Yatma durumu			

Hemşire Notları:



TC.
MİLLÎ EĞİTİM BAKANLIĞI
İşyeri Sağlık ve Güvenlik Birimi

Döküman No :
Yayın No : 01
Yayın Tarihi :
Revizyon Tarihi : .../.../20...
Revizyon Sayısı : 00
Sayfa No : 1 / 1

REVİR KAYIT DEFTERİ

REVİR SIRA NO	ÖĞRENCİ NO	SINIF /ŞUBE	ADI SOYADI	REVİRE GELDİĞİ TARİH	HASTALIĞIN TEŞHİSİ	YAPILAN UYGULAMALAR	AÇIKLAMALAR



TC.
MİLLÎ EĞİTİM BAKANLIĞI
İşyeri Sağlık ve Güvenlik Birimi

Döküman No :
Yayın No : 01
Yayın Tarihi :
Revizyon Tarihi : .../.../20...
Revizyon Sayısı : 00
Sayfa No : 1 / 1

REVİR ÖĞRENCİ BİLGİ FİŞİ

OKUL ADI	:	
TARİH	:	
Öğrenci Adı Soyadı:		Sınıf ve No:
Revire Geliş Saati:		Revirden Çıkış Saati:
Hemşire Adı Soyadı: İmza:		Ders Öğretmeni Adı Soyadı: İmza:
Bu fiş ders öğretmeni tarafından teslim alınacaktır.		

OKUL ADI	:	
TARİH	:	
Öğrenci Adı Soyadı:		Sınıf ve No:
Revire Geliş Saati:		Revirden Çıkış Saati:
Hemşire Adı Soyadı: İmza:		Ders Öğretmeni Adı Soyadı: İmza:
Bu fiş ders öğretmeni tarafından teslim alınacaktır.		

OKUL ADI	:	
TARİH	:	
Öğrenci Adı Soyadı:		Sınıf ve No:
Revire Geliş Saati:		Revirden Çıkış Saati:
Hemşire Adı Soyadı: İmza:		Ders Öğretmeni Adı Soyadı: İmza:
Bu fiş ders öğretmeni tarafından teslim alınacaktır.		



TC.
MİLLÎ EĞİTİM BAKANLIĞI
İşyeri Sağlık ve Güvenlik Birimi

SAĞLIK KURULUŞUNA BİLDİRİM FORMU

Döküman No :
Yayın No : 01
Yayın Tarihi :
Revizyon Tarihi : .../.../20...
Revizyon Sayısı : 00
Sayfa No : 1 / 1

ÖĞRENCİ BİLGİLERİ

İL/İLÇE ADI	:	
OKUL ADI	:	
ÖĞRENCİ ADI SOYADI	:	
SINIFI VE NUMARASI	:	
T.C. KİMLİK NO	:	
BABA ADI	:	
CİNSİYETİ	:	
TELEFON	:	
ADRES	:	

YÖNLENDİRİLEN SAĞLIK KURULUŞUNUN

KURULUŞUN ADI	:	
YÖNLENDİRME TARİHİ	:	
YÖNLENDİRME KONUSU	:	

Yukarıda bilgileri bulunan öğrencinin periyodik izlem/muayenesi yapılmıştır.

SONUÇ:

- İzlem yapıldı.
 Muayene yapıldı.
 Gerekli tedavi düzenlendi/önerilerde bulunuldu.
 İleri tetkik ve tedavi için bir üst basamak sağlık kuruluşunda değerlendirilmesi uygun görüldü.
 Diş Hekimine yönlendirildi.
 Göz polikliniğine yönlendirildi.
 Polikliniğine yönlendirildi.
 Acil Servisine yönlendirildi.

OKUL SAĞLIK SERVİSİNE BİLGİLENDİRME NOTU:

.....
.....

Doktor Adı Soyadı :
Muayene Tarihi :
Protokol No :
İmza :



**TC.
MİLLÎ EĞİTİM BAKANLIĞI
İşyeri Sağlık ve Güvenlik Birimi**

VELİ İLAÇ ONAM FORMU

Döküman No :
Yayın No :
Yayın Tarihi :
Revizyon Tarihi :
Revizyon Sayısı :
Sayfa No :
Kurum/Birim Kodu:

Okulunuz öğrencilerinden velisi bulunduğum İsimli Şubede eğitim alan öğrencinin ilgili sağlık kuruluşu tarafından reçete edilen ve okul saatlerinde kullanılması gereken ilaçları, dozları ve uygulanması gereken saatleri aşağıda listelenmiştir. Bu ilaçların ilgili sağlık kuruluşu tarafından reçete edildiğini ve aşağıda belirtilen şekilde kullanılması gerektiğini ve doğruluğunu beyan eder;

Okul Hemşiresi veya diğer görevli personel tarafından ilaçların verilmesi/uygulanması için gerekli izin tarafımdan verilmiştir.

İLAÇ ADI	DOZU(mg)	VERİLECEĞİ/UYGULANACAĞI SAATLER

Yukarıda yazdığım ilaçların verilmesi/uygulanmasında sakınca bulunmadığını arz ederim.

Öğrenci Velisinin
Adı Soyadı

İmza
...../...../20.....

NOT: Diğer görevli personel; ilgili sınıf öğretmeni, nöbetçi öğretmen, pansiyonlu okullarda görev alan belletmen öğrenmen ve okul yönetimi tarafından yetkilendirilen öğretmenler olabilmektedir.



TC.
MİLLÎ EĞİTİM BAKANLIĞI
İşyeri Sağlık ve Güvenlik Birimi

Döküman No :
Yayın No : 01
Yayın Tarihi :
Revizyon Tarihi : .../.../20...
Revizyon Sayısı : 00
Sayfa No : 1 / 1

OKUL SAĞLIĞI YILLIK EĞİTİM PLANI

İL/İLÇE ADI	:	
OKUL ADI	:	
EĞİTİM-ÖĞRETİM YILI	:	

Eğitim Adı / Konusu	Eğitimin Verileceği Taraflar	Eğitimi Verecek Taraf	Eğitim Yeri EĞİTİM-ÖĞRETİM YILI												Eğitim Süresi
				Ay Durum	09	10	11	12	01	02	03	04	05	06		
				Plan					X							... saat
				Gerçek												
				Plan				X								
				Gerçek												
				Plan						X						
				Gerçek												
				Plan												
				Gerçek												
				Gerçek												

.../.../ 20....

Okul Hemşiresi

.../.../20....

Okul Müdürü

Not: - Her eğitim-öğretim yılı için, eğitim öğretim faaliyetleri başlamadan, okul hemşiresi tarafından yıllık eğitim planı hazırlanır ve okul müdürünün onayı ile yürürlüğe alınır.

- Bu forma satır eklenerek kullanılabilir.
- Eğitim adı/konusu alanında; ilgili mevzuat ve diğer şartları kapsayan eğitimler için, uygulama zamanlaması olarak en uygun tarihlere yer verilmelidir.
- Eğitimin verileceği taraflar alanında; ilgili eğitim faaliyetinin uygulanması planlanan sınıf ya da gruplar belirlenmelidir.
- Eğitimi verecek taraf alanında; ilgili eğitim faaliyetinde eğitim görevlisi olarak belirlenen taraf yer almalıdır.