

2021 MALİ YILI BASILI EVRAK TEKNİK ŞARTNAMESİ

KONU: Hastanemizin ihtiyacı olan aşağıda teknik özellikleri belirtilen Basılı Evrak Alımına ait teknik şartnamedir.

MALZEMELER VE İSTENEN ÖZELLİKLER:

1- MUAYENE VE KABUL:

Basılı Evrakların kabul ve muayeneleri Söke Fehime Faik Kocagöz Devlet Hastanesi Baştabipliğince Mal Alımları Denetim Muayene ve Kabul İşlemlerine Dair Yönetmeliği gereğince görevlendirilecek komisyon tarafından yapılacaktır. Kontrol ve Muayenede şartnamede istenilen ve teklifte belirtilen tüm özelliklerin uygunluğu kontrol edilecektir.

2-TESLİMAT:

-Teslim Süresi: Malzemeler idare tarafından belirlenen siparişten itibaren 10 (on) iş günü içerisinde teslim edilecektir.

3-Defterler kalın mukavva kapak olmalı ve defter ismi de kapakta yer almalıdır.

1	BEBEK İZLEM KARTI	A5 ebatında arkalı önlü 1.hamur karton ve numuneye uygun olmalıdır.
2	SERUM - İLAÇ ETİKETİ (5,5*8,5 CM)	Eni 5,5 cm boyu 8,5 cm ebadında olmalıdır. Sticker tarzında yapışkanlı kâğıda hazırlanmalıdır. Tükenmez kalemle rahat yazılabilmeli, yazı su ile temas ettiğinde dağılmayacak mat kâğıt üzerine basım yapılmalıdır. Etiketin 'Söke Fehime Faik Kocagöz Dev. Has.' ve 'IV. Eklenenler' kısmı mavi renkte altta kalan kısımları ise sarı renkte olacaktır. Etiketler bir kâğıtta 10 adet olacak şekilde ve her etiket ayrı olarak çıkartılmalıdır.(Etiketler arası keski olmalıdır.) Verilen numuneye göre hazırlanacaktır.
3	İLLER VE KURUMLAR ARASI HASTA NAKİL FORMU	Otokopi, 3 nüshalı, nüshalar farklı renklerde (beyaz, sarı, mavi) olmalıdır.3 nüshalı, 3 takım ve takımlar 15 adet olmalıdır. Numuneye uygun olmalıdır
4	GÜVENLİ CERRAHİ-ANESTEZİ KONTROL LİSTESİ	Arkalı önlü, renkli A4 ebadında, fotokopi kâğıdına ve verilen numuneye göre basılacaktır
5	BÖLÜM TEDAVİ DEFTERİ	34x25 cm ebatlarında yatay şekilde olmalıdır. 10 satırlı ve 100 yaprak olmalıdır. Numuneye uygun basılmalıdır.
6	SAĞLIK KURULU KAYIT DEFTERİ	~30x25 cm ebatlarında 100 yapraklı olmalıdır. Defter ismi kapak üzerine yazılmalı, kapak kalın mukavva ve ciltli olmalıdır. Numuneye uygun olmalıdır.
7	YENİDOĞAN İŞİTME-TARAMA SONUÇ BROŞÜRÜ	Arkalı önlü, renkli A4 ebadında, fotokopi kâğıdına ve verilen numuneye göre basılacaktır
8	DOĞUM RAPORU (50 Lİ)	A5 ebadında, 2 nüshalı otokopili olmalı ve verilen numuneye uygun olmalıdır.
9	HASTA EŞYASI TESLİM TUTANAĞI	Otokopili, 3 nüshalı, nüshalar farklı renklerde (beyaz, sarı ve pembe) ve 100'lü ciltler halinde A4 ebatlarında, Numuneye uygun olmalıdır.
10	HASTA İZİN BELGESİ	2 nüshalı, otokopili, 50'li ciltler halinde, A5 ebadında ve numuneye uygun olmalıdır.
11	MÜDAHALE DEFTERİ	100 yaprak, ~24x34 cm ebatlarında olmalıdır. Kalın mukavva kapak (defter ismi kapakta yazılı olacak) ve numuneye uygun olmalıdır.
12	KUDUZ DEFTERİ	24x17 cm ebatlarında 190 yapraklı, naylon iplik dikişli, lüks ciltli 1. hamur kâğıttan imal edilmiş, verilen numuneye göre basılacaktır. Defter ismi kapak üzerine yazılmalı, kapak kalın mukavva, ciltli ve verilen numuneye uygun olmalıdır
13	AMELİYAT DEFTERİ	~40X28 cm ebatlarında 200 yapraklı olmalıdır. Defter ismi kapak üzerine yazılmalı, kapak kalın mukavva ve ciltli olmalıdır.

(2)

14	POSTA ZİMMET DEFTERİ	A4 ebadında, 190 yapraklı, verilen numuneye göre basılacaktır. Kapak kalın mukavva olmalıdır.
15	SATIN ALINAN KAN KAYIT DEFTERİ	24*35 cm ebatlarında, 100 yaprak, naylon iplik dikişli, 1.hamur kâğıttan imal edilmiş, numuneye uygun olmalıdır.
16	SERVİS NÖBET DEFTERİ (380 SAYFA)	~24x17 cm ebatlarında 190 yapraklı olmalıdır. Defter ismi kapak üzerine yazılmalı, kapak kalın mukavva, ciltli ve verilen numuneye uygun olmalıdır
17	TEHLİKE ELLERİNİZDE BROŞÜRÜ	Arkalı önlü, renkli A4 ebadında, fotokopi kâğıdına ve verilen numuneye göre basılacaktır.
18	BEBEK DOĞUM KARTI (KIZ)	A5 ebatında arkalı önlü 1.hamur karton ve numuneye uygun olmalıdır.
19	BEBEK DOĞUM KARTI (ERKEK)	A5 ebatında arkalı önlü 1.hamur karton ve numuneye uygun olmalıdır.
20	CROSS MATCH DEFTERİ	~34x25 cm ebatlarında yatay şekilde olmalıdır. 12 satırlı ve 100 yaprak olmalıdır. Numuneye uygun basılmalıdır.
21	ANESTEZİ RAPORU	A4 ebadında, 2 nüshalı otokopili olmalı ve verilen numuneye uygun olmalıdır.
22	KUDUZ AŞI KARTI	22X32 cm ebatlarında kalın kuşe kâğıt olmalıdır. Ve örnektene birebir uygun olarak basılmalıdır
23	ÇOCUK TABELASI	A4 Boyutunda, 2 nüshalı, otokopili ve 50'li ciltler halinde ve numuneye uygun olmalıdır.
24	ODYOMETRE TEST SONUC FORMU	50' li ciltler halinde, 2 nüshalı, nüshalar farklı renkte (beyaz ve sarı) otokopili, A4 boyutunda ve verilen numuneye göre uygun olmalıdır. (içerik bilgisayar sistemi üzerinden verilecektir)
25	UYUŞTURUCU ve PSİKOTROP İLAÇ TAKİP DEFTERİ	Önlü arkalı, toplamda 390 gün kullanımına uygun, ~17X24 cm ebatlarında olmalıdır. Kalın mukavva kapak (defter ismi kapakta yazılı olacak) ve numuneye uygun olmalıdır.
26	SÖZLÜ VE TELEFONLA TABİP TALİMATI FORMU	2 nüshalı, otokopili, 50'li ciltler halinde, nüshalar farklı renklerde (beyaz, sarı), A4 ebatlarında ve numuneye uygun olmalıdır.
27	EVRAK ZİMMET DEFTERİ	A4 ebadında, 190 yapraklı, naylon iplik dikişli, lüks ciltli 1. hamur kâğıttan imal edilmiş, verilen numuneye göre basılacaktır. Kapak kalın mukavva, ciltli ve verilen numuneye uygun olmalıdır
28	CESET BİLGİ KARTI (KELEPÇELİ)	~12*10 cm ebatlarında beyaz ince karton imal edilmiş, klipsli ve numuneye uygun olmalıdır.
29	YENİDOĞAN İŞİTME TARAMA SONUÇ KARTI	~15*10cm ebadında, 1.hamur karton ve numuneye uygun olmalıdır.
30	RİA UYGULAMA ONAM FORMU	A4 ebadında, otokopili iki nüshalı, nüshalar farklı renklerde (beyaz, sarı), 50'li ciltler halinde ve numuneye uygun olmalıdır
31	HOŞGELDİN BEBEK (ERKEK) KARTI	A5 ebadında, kalın kuşe kâğıt olmalıdır. Ve örnektene birebir uygun olarak basılmalıdır. Mavi renkli olmalıdır.
32	HOŞGELDİN BEBEK (KIZ) KARTI	A5 ebadında, kalın kuşe kâğıt olmalıdır. Ve örnektene birebir uygun olarak basılmalıdır. Pembe renkli olmalıdır.
33	GEBE OKULU BROŞÜRÜ	Arkalı önlü, renkli A4 ebadında, fotokopi kâğıdına ve verilen numuneye göre basılacaktır
34	MEME KANSERİ BİLGİLENDİRME BROŞÜRÜ	Arkalı önlü, renkli A4 ebadında, fotokopi kâğıdına ve verilen numuneye göre basılacaktır.
35	GÜVENLİ DOĞUM KONTROL FORMU	A4 boyutunda renkli basım olarak örneğe uygun olmalıdır. Ön ve arka olarak basılmalıdır.
36	GEMİ ADAMLARI SAĞLIK MUAYENE FORMU (EK-3)	3 sayfa halinde, otokopili farklı renklerde olmalıdır. ~40*29 cm yatay olmalıdır. 50'li cilt halinde olmalıdır. Numuneye göre yapılacaktır.

37	GEMİ ADAMLARI SAĞLIK MUAYENE FORMU (EK-4, EK-6)	3 sayfa halinde, otokopili farklı renklerde olmalıdır. A4 boyutunda dikey olmalıdır. 50'li cilt halinde olmalıdır. Numuneye göre yapılacaktır.
38	PATOLOJİK MATERYAL ETİKETİ	Eni: 5~ cm, boy: 3.5 cm~ ebatlarında olmalıdır. Verilen numuneye uygun olmalıdır.
39	ÖZÜRLÜ SAĞLIK KURULU KAYIT DEFTERİ	~30x25 cm ebatlarında 100 yapraklı olmalıdır. Defter ismi kapak üzerine yazılmalı, kapak kalın mukavva ve ciltli olmalıdır. Numuneye uygun olmalıdır.
40	ALET VE SPANÇ SAYIM FORMU	A5 ebatında otokopili iki nüshalı, nüshalar farklı renklerde (beyaz, sarı), 50'li ciltler halinde ve numuneye uygun olmalıdır.
41	UYUŞTURUCU ve PSİKOTROP İLAÇ TAKİP DEFTERİ	Önlü arkalı, toplamda 390 gün kullanımına uygun, ~17X24 cm ebatlarında olmalıdır. Kalın mukavva kapak (defter ismi kapakta yazılı olacak) ve numuneye uygun olmalıdır.
42	UYUŞTURUCU ve PSİKOTROP İLAÇ TAKİP DEFTERİ (ACİL)	Önlü arkalı, toplamda 390 gün kullanımına uygun ~17X24 cm ebatlarında olmalıdır. Kalın mukavva kapak (defter ismi kapakta yazılı olacak) ve numuneye uygun olmalıdır.
43	KAN GRUBU KARTI	8X8 cm ebatlarında kalın kuşe kâğıt olmalıdır. Ve örnekteki birebir uygun olarak basılmalıdır.
44	İLAÇ UYARI ETİKETİ (yüksek riskli ilaç)	Sticker şeklinde, yuvarlak ampullerin üzerine yapışabilecek özellikte ve büyüklükte olmalıdır. Örneğe uygun olmalıdır.
45	PATOLOJİK MATERYAL TESLİM DEFTERİ	~28,5x20,5 cm ebatlarında 100 yapraklı olmalıdır. Defter ismi kapak üzerine yazılmalı, kapak kalın mukavva ve ciltli olmalıdır. 16 satırlı olmalıdır. Numuneye uygun olmalıdır.
46	ARAÇ SEYRÜ SEFER DEFTERİ	22X17 cm ebatlarında 100 yapraklı olmalıdır. Defter ismi kapak üzerine yazılmalı, kapak kalın mukavva ve ciltli olmalıdır. Numuneye uygun olmalıdır.
47	TIBBİ ATIK STİCKER	Sticker 25 cm çapında olmalıdır. Metal ve plastik malzemeye yapıştırmaya uygun, silinme ve yıkanmaya dayanıklı olmalıdır. Örneğine uygun renkli basım olmalıdır. Ürün numunesi görüldükten sonra onaylanacaktır.
48	EVSEL ATIK STİCKER	Sticker 25 cm çapında olmalıdır. Metal ve plastik malzemeye yapıştırmaya uygun, silinme ve yıkanmaya dayanıklı olmalıdır. Örneğine uygun renkli basım olmalıdır. Ürün numunesi görüldükten sonra onaylanacaktır.
49	ADLİ MUAYENE RAPORU KONSULTASYON RAPORU	Otokopili, 3 nüshalı, nüshalar farklı renklerde (beyaz, sarı, pembe) olmalıdır. 3 nüshalı, 3 takım ve takımlar 15 adet olmalıdır. Numuneye uygun olmalıdır.
50	ADLİ RAPOR KAYIT DEFTERİ (20 SATIRLI)	~29*41 cm ebatında dikey olmalıdır. 20 satırlı olmalıdır. 100 yapraklı olmalıdır. Numuneye göre yapılacaktır.
51	ACİL SERVİS ADLİ RAPOR KAYIT DEFTERİ (10 SATIRLI)	~29*41 cm ebatlarında dikey şekilde olmalıdır. 100 yapraklı olmalıdır. Numuneye göre basılacaktır.
52	YENİDOĞAN GÖZLEM FORMU (OTOKOPİLİ)	A4 ebatlarında, 2 nüshalı farklı renklerde ve otokopili olmalıdır. Numuneye göre basılacaktır.
53	KAN GRUBU DEFTERİ	~29*21 cm ebadında yatay olmalıdır. 250 yaprak olmalıdır. Verilen numuneye göre yapılmalıdır.
54	NORMAL DOĞUM BROŞÜRÜ	Arkali önlü, renkli A4 ebadında, fotokopi kâğıdına ve verilen numuneye göre basılacaktır.
55	EMZİRME TEKNİKLERİ BROŞÜRÜ	Arkali önlü, renkli A4 ebadında, fotokopi kâğıdına ve verilen numuneye göre basılacaktır.
56	ANNE SÜTÜNÜN ÖNEMİ AFİŞİ (A3)	A3 boyutunda olmalıdır. Kuşe kâğıda, örnekteki birebir uygun olarak basılmalıdır.
57	ANNE SÜTÜNÜN ÖNEMİ AFİŞİ (50*70 CM)	50X70 cm boyutunda olmalıdır. Kuşe kâğıda, örnekteki birebir uygun olarak basılmalıdır.

58	ORGAN BAĞIŞI BROŞÜRÜ	Arkalı önlü, renkli A4 ebadında, fotokopi kâğıdına ve verilen numuneye göre basılacaktır.
59	DOĞUM SONU DÖNEM BROŞÜRÜ	Arkalı önlü, renkli A4 ebadında, fotokopi kâğıdına ve verilen numuneye göre basılacaktır.
60	AFİŞLER(ANNE DOSTU HASTANE POLİTİKASI)	~70X50 cm ebatlarında, renkli basım olmalıdır . numuneye göre basılacaktır. 50x70cm
61	AFİŞLER(ANNE DOSTU HASTANE POLİTİKASI ULUSAL)	~70X50 cm ebatlarında, renkli basım olmalıdır . numuneye göre basılacaktır.
62	DİYABET OKULU AFİŞİ	~50 x 70 cm ebatlarında, örneğine uygun olarak renkli kuşe kâğıda basılmış olmalıdır.
63	AYAKTAN HASTA BİLGİLENDİRME BROŞÜRÜ	Arkalı önlü, renkli A4 ebadında, fotokopi kâğıdına ve verilen numuneye göre basılacaktır
64	HEMŞİRE GÖZLEM FORMU	~35X50 cm ebatlarında,80 gr ağırlığında,1.hamur arkalı önlü renkli basım olmalıdır.

SÖKE FEHİME FAİK KOCAGÖZ
DEVLET HASTANESİ
Sakine HARMANCI RENÇBER
 Sağlık Kurul ve Kontrol Yetkilisi
 Sayı: 24.08.2024/030574

DÜŞME RİSKİ FİGÜRÜ

Sağlıkta Kalite Standartları, SÜRÜM-6 kapsamında düşme risk figürü yenilenmiştir. Bakanlığın kullanılmasını öngördüğü figür ekte paylaşılmıştır. Figürün özellikleri;

- Silinmeye ve yıpranmaya karşı dayanıklı, PVC kaplama olacak şekilde.
- Renkleri örneğe uygun "düşen adam sembolü"
- PVC kaplamasının kalınlığında (cep dosyalara girebilmesi için ince)
- Boyut olarak 13 cm boy ve 11 cm eninde
- Boy bölümünden ortadan delikli özellikte olmalı.
- Örneğe uygun kısaçılı olmalı (yatak ve sedye kenarlıklarına takılabilmesi için)
- Kıskaçı çıkarılabilmeli (gerektiğinde yatak başları ve kapı girişlerindeki ceplere girebilmesi ve hasta transferlerinde sedye ve tekerlekli sandalyeye takılabilmesi için)
- Toplam 300 adet olmak üzere (Yatak sayısına paralel olarak sayı belirlenmiştir)



11.08.2021
Hatice
SÖKE FEMİNE FAİK HÜSEİN
DEVLET HASTAHANASI
HASTA ÖZGÜR
Kalite Yönetim Direktörü

ANNE SÜTÜ BROŞÜRÜ ŞARTNAMESİ

- 1) Arkalı önlü olacak.
- 2) Renkli basım olmalıdır.
- 3) 27X19 cm ebatında verilen numuye uygun olmalıdır.

Özge Çelikler
HEH

**GEMİADAMLARI SAĞLIK
MUAYENE FORMU**

Fotoğraf
(Photo)

Seri _____
1- KİMLİK BİLGİLERİ (Başvuranın)
Information About Applicant Identity

T.C. Kimlik Numarası/Pasaport Numarası
Identity Number/Pass.No

Soyadı _____
Last Name of Applicant

Doğum Tarihi (Gün / Ay / Yıl) _____
Date of birth (DMY) ____ / ____ / ____

Doğum Yeri/Şehir (City) _____
Place of birth _____

Yeterlilik : Göverte () Makine () Telsiz () Elektrik () Yardımcı () Diğer ()
Occupation Deck Engine Radio Electroni Cabin Carpenter Other

Adres _____
Address

Telefon No _____
Phone Number

SAĞLIK YOKLAMASI

İç Hastalıkları Muayenesi

Protokol No : _____

Boy : _____ cm Kilo : _____ kg Nabız : _____ / dak Tansiyon : _____ mmHg

Genel Fizik Muayenesi

Protokol No : _____

Uzman Hekim Adı Soyadı _____
Diploma Tes. No _____

Protokol No : _____

Uzman Hekim Adı Soyadı _____
Diploma Tes. No _____

Protokol No : _____

Uzman Hekim Adı Soyadı _____
Diploma Tes. No _____

Protokol No : _____

Uzman Hekim Adı Soyadı _____
Diploma Tes. No _____

Protokol No : _____

Uzman Hekim Adı Soyadı _____
Diploma Tes. No _____

Protokol No : _____

Uzman Hekim Adı Soyadı _____
Diploma Tes. No _____

Protokol No : _____

Uzman Hekim Adı Soyadı _____
Diploma Tes. No _____

Protokol No : _____

Uzman Hekim Adı Soyadı _____
Diploma Tes. No _____

Protokol No : _____

Uzman Hekim Adı Soyadı _____
Diploma Tes. No _____

Protokol No : _____

Uzman Hekim Adı Soyadı _____
Diploma Tes. No _____

Protokol No : _____

Uzman Hekim Adı Soyadı _____
Diploma Tes. No _____

Protokol No : _____

Uzman Hekim Adı Soyadı _____
Diploma Tes. No _____

Protokol No : _____

Uzman Hekim Adı Soyadı _____
Diploma Tes. No _____

Protokol No : _____

Uzman Hekim Adı Soyadı _____
Diploma Tes. No _____

Protokol No : _____

Uzman Hekim Adı Soyadı _____
Diploma Tes. No _____

Protokol No : _____

Uzman Hekim Adı Soyadı _____
Diploma Tes. No _____

Protokol No : _____

Uzman Hekim Adı Soyadı _____
Diploma Tes. No _____

Protokol No : _____

Uzman Hekim Adı Soyadı _____
Diploma Tes. No _____

Protokol No : _____

Uzman Hekim Adı Soyadı _____
Diploma Tes. No _____

Protokol No : _____

Göz Muayenesi

Protokol No : _____

1. Görme :

a) Uzak Görme : Yardımsız Sağ _____ Sol _____
(Snellen değerlendirilmesi) Yardımlı Sağ _____ Sol _____

b) Yakın Görme : ☐ Yeterli ☐ Yetersiz

c) Görme Alanı ☐ Normal ☐ Yeterli ☐ Yetersiz

d) Çift Görme : ☐ Yok ☐ Var

e) Gece Körlüğü : ☐ Yok ☐ Var

f) Renk Görme : ☐ Normal ☐ Kusurlu

Renk görme testleri Başarılı Başarısız Başarılı Başarısız

Öncelikle : Ishihara testi veya ☐ Farnsworth D 15 testi veya ☐ Diğer Pseudo-isochromatic test veya ☐ Spektral Anamioscop ☐

Uygun Fener (latern) testi veya ☐ En son renk görme testi tarihi : _____

2. Diğer göz muayeneleri : ☐ Normal ☐ Anormal (açıklayınız)

Göz Muayenesi Sonucu :

Görme, yörgerinin Ek-1-B deki standartlarını karşılıyor mu? ☐ Evet ☐ Hayır

Yardımsız (aletsiz) görme yeterli mi? ☐ Evet ☐ Hayır

Renk görme, yörgerinin Ek-1 B standartlarını karşılıyor mu? ☐ Evet ☐ Hayır

Gözcü görevine uygun mu? ☐ Evet ☐ Hayır

Uygunluk için Sınırlama ve/veya yasaklama var mıdır?(S) Evet ise açıklayınız: ☐ Evet ☐ Hayır

Gemi adamının iki yıldan daha sık aralıklarla izlenmesine gerek Evet ise raporun süresini ve nedenini açıklayınız ☐ Evet ☐ Hayır

Gemi adamının deniz hizmeti nedeniyle daha kötüye gidebilecek veya hizmete uyumunu engelleyebilecek veya gemideki diğer kişilerin sağlığını ve emniyetini tehlikeye sokabilecek bir sağlık problemi Evet ise yazınız: ☐ Evet ☐ Hayır

Karar : Gemiadamı olur ☐ Gemiadamı olamaz (Geçici süre) (G) ☐ Gemiadamı olamaz (Devamlı) (D) ☐

Uzman Hekim Adı Soyadı _____ Tarih ____ / ____ / ____

Diploma Tes. No _____ İmza _____

Protokol No : _____

Uzman Hekim Adı Soyadı _____ Tarih ____ / ____ / ____

Diploma Tes. No _____ İmza _____

Protokol No : _____

Uzman Hekim Adı Soyadı _____ Tarih ____ / ____ / ____

Diploma Tes. No _____ İmza _____

Protokol No : _____

Uzman Hekim Adı Soyadı _____ Tarih ____ / ____ / ____

Diploma Tes. No _____ İmza _____

Protokol No : _____

Uzman Hekim Adı Soyadı _____ Tarih ____ / ____ / ____

Diploma Tes. No _____ İmza _____

Protokol No : _____

Uzman Hekim Adı Soyadı _____ Tarih ____ / ____ / ____

Diploma Tes. No _____ İmza _____

Protokol No : _____

Uzman Hekim Adı Soyadı _____ Tarih ____ / ____ / ____

Diploma Tes. No _____ İmza _____

Protokol No : _____

Uzman Hekim Adı Soyadı _____ Tarih ____ / ____ / ____

Diploma Tes. No _____ İmza _____

Protokol No : _____

Uzman Hekim Adı Soyadı _____ Tarih ____ / ____ / ____

Diploma Tes. No _____ İmza _____

Protokol No : _____

Uzman Hekim Adı Soyadı _____ Tarih ____ / ____ / ____

Diploma Tes. No _____ İmza _____

Protokol No : _____

Uzman Hekim Adı Soyadı _____ Tarih ____ / ____ / ____

Diploma Tes. No _____ İmza _____

Protokol No : _____

Uzman Hekim Adı Soyadı _____ Tarih ____ / ____ / ____

Diploma Tes. No _____ İmza _____

Protokol No : _____

Uzman Hekim Adı Soyadı _____ Tarih ____ / ____ / ____

Diploma Tes. No _____ İmza _____

Protokol No : _____

Uzman Hekim Adı Soyadı _____ Tarih ____ / ____ / ____

Diploma Tes. No _____ İmza _____

Protokol No : _____

Uzman Hekim Adı Soyadı _____ Tarih ____ / ____ / ____

Ortopedi Muayenesi

Protokol No : _____

a) Hikaye :

Geçirilmiş kaza, kırık, çıkık hikayesi ☐ Yok ☐ Var

Geçirilmiş veya devam eden eklem ve kemik enfeksiyon ☐ Yok ☐ Var

b) Gözlem ve fizik muayenede :

Yörgerinin minimum fiziksel yeterliliklerini (Ek-1 G) karşılamayacak

Postür bozukluğu var mı? ☐ Evet ☐ Hayır

Ekstremitte eğilsizliği var mı? ☐ Evet ☐ Hayır

Ekstremitte hareket kısıtlılığı var mı? ☐ Evet ☐ Hayır

Ekstremitte instabilitesi var mı? ☐ Evet ☐ Hayır

Ekstremitte kuvvet kaybı var mı? ☐ Evet ☐ Hayır

Ekstremitte atrofi var mı? ☐ Evet ☐ Hayır

Diğer durumlar : _____

Ortopedik muayene sonucu :

Uygunluk için Sınırlama ve/veya yasaklama var mıdır?(S) Evet ise açıklayınız: ☐ Evet ☐ Hayır

Gemi adamının iki yıldan daha sık aralıklarla izlenmesine gerek var mı?(K) Evet ise raporun süresini ve nedenini açıklayınız ☐ Evet ☐ Hayır

Gemi adamının deniz hizmeti nedeniyle daha kötüye gidebilecek veya hizmete uyumunu engelleyebilecek veya gemideki diğer kişilerin sağlığını ve emniyetini tehlikeye sokabilecek bir sağlık problemi Evet ise yazınız: ☐ Evet ☐ Hayır

Karar : Gemiadamı olur ☐ Gemiadamı olamaz (Geçici süre) (G) ☐ Gemiadamı olamaz (Devamlı) (D) ☐

Uzman Hekim Adı Soyadı _____ Tarih ____ / ____ / ____

Diploma Tes. No _____ İmza _____

Protokol No : _____

Uzman Hekim Adı Soyadı _____ Tarih ____ / ____ / ____

Diploma Tes. No _____ İmza _____

Protokol No : _____

Uzman Hekim Adı Soyadı _____ Tarih ____ / ____ / ____

Diploma Tes. No _____ İmza _____

Protokol No : _____

Uzman Hekim Adı Soyadı _____ Tarih ____ / ____ / ____

Diploma Tes. No _____ İmza _____

Protokol No : _____

Uzman Hekim Adı Soyadı _____ Tarih ____ / ____ / ____

Diploma Tes. No _____ İmza _____

Protokol No : _____

Uzman Hekim Adı Soyadı _____ Tarih ____ / ____ / ____

Diploma Tes. No _____ İmza _____

Protokol No : _____

Uzman Hekim Adı Soyadı _____ Tarih ____ / ____ / ____

Diploma Tes. No _____ İmza _____

Protokol No : _____

Uzman Hekim Adı Soyadı _____ Tarih ____ / ____ / ____

Diploma Tes. No _____ İmza _____

Protokol No : _____

Uzman Hekim Adı Soyadı _____ Tarih ____ / ____ / ____

Diploma Tes. No _____ İmza _____

Protokol No : _____

Uzman Hekim Adı Soyadı _____ Tarih ____ / ____ / ____

Diploma Tes. No _____ İmza _____

Protokol No : _____

Uzman Hekim Adı Soyadı _____ Tarih ____ / ____ / ____

Diploma Tes. No _____ İmza _____

Protokol No : _____

Uzman Hekim Adı Soyadı _____ Tarih ____ / ____ / ____

Diploma Tes. No _____ İmza _____

Protokol No : _____

Uzman Hekim Adı Soyadı _____ Tarih ____ / ____ / ____

Diploma Tes. No _____ İmza _____

Protokol No : _____

Uzman Hekim Adı Soyadı _____ Tarih ____ / ____ / ____

Diploma Tes. No _____ İmza _____

Protokol No : _____

Uzman Hekim Adı Soyadı _____ Tarih ____ / ____ / ____

Diploma Tes. No _____ İmza _____

Protokol No : _____

Uzman Hekim Adı Soyadı _____ Tarih ____ / ____ / ____

Psikiyatri Muayenesi

Protokol No : _____

Öz yaşam öyküsü, soy geçmişi, varsa psikiyatrik geçmişi, seksüel gelişimi Muayene Edilenin Genel Tanımlaması :

Madde kullanımı : ☐ Esrar ☐ Opiat ☐ Kokain ☐ Amfetamin - Metamfetamin

Davranış : _____ Gözlenen : _____

Duygulanım : _____

Kendi ifadesi : _____

Yönelim : _____

Hafıza : _____ Yakın : _____

Sözel : _____ Uzak : _____

Görsel : _____ Tespit : _____

Konusma ve işleme : _____

Hesaplama : _____

Düşünce : _____

Muhakeme : _____ Planlama : _____

Soyutlama : _____ Bilgi dağarcığı : _____

Psikiyatrik geçmişi : Psikiyatri/psikoloji ile ilgili herhangi bir rapor geçmişi

Psikiyatrist uygun gördüğünde istenen Psikoteknik Muayene sonucu :

Psikiyatri Muayene Sonucu :

Uygunluk için Sınırlama ve/veya yasaklama var mıdır?(S) Evet ise açıklayınız: ☐ Evet ☐ Hayır

Gemi adamının iki yıldan daha sık aralıklarla izlenmesine gerek var mı?(K) Evet ise raporun süresini ve nedenini açıklayınız ☐ Evet ☐ Hayır

Gemi adamının deniz hizmeti nedeniyle daha kötüye gidebilecek veya hizmete uyumunu engelleyebilecek veya gemideki diğer kişilerin sağlığını ve emniyetini tehlikeye sokabilecek bir sağlık problemi Evet ise yazınız: ☐ Evet ☐ Hayır

Karar : Gemiadamı olur ☐ Gemiadamı olamaz (Geçici süre) (G) ☐ Gemiadamı olamaz (Devamlı) (D) ☐

Uzman Hekim Adı Soyadı _____ Tarih ____ / ____ / ____

Diploma Tes. No _____ İmza _____

Protokol No : _____

Uzman Hekim Adı Soyadı _____ Tarih ____ / ____ / ____

Diploma Tes. No _____ İmza _____

Protokol No : _____

Uzman Hekim Adı Soyadı _____ Tarih ____ / ____ / ____

Diploma Tes. No _____ İmza _____

Protokol No : _____

Uzman Hekim Adı Soyadı _____ Tarih ____ / ____ / ____

Diploma Tes. No _____ İmza _____

Protokol No : _____

Uzman Hekim Adı Soyadı _____ Tarih ____ / ____ / ____

Diploma Tes. No _____ İmza _____

Protokol No : _____

Uzman Hekim Adı Soyadı _____ Tarih ____ / ____ / ____

Diploma Tes. No _____ İmza _____

Protokol No : _____

Uzman Hekim Adı Soyadı _____ Tarih ____ / ____ / ____

Diploma Tes. No _____ İmza _____

Protokol No : _____

Uzman Hekim Adı Soyadı _____ Tarih ____ / ____ / ____

Diploma Tes. No _____ İmza _____

Protokol No : _____

Uzman Hekim Adı Soyadı _____ Tarih ____ / ____ / ____

Diploma Tes. No _____ İmza _____

Protokol No : _____

Uzman Hekim Adı Soyadı _____ Tarih ____ / ____ / ____

Diploma Tes. No _____ İmza _____

Protokol No : _____

Uzman Hekim Adı Soyadı _____ Tarih ____ / ____ / ____

Sağlık Kuruluşunun Bilgilerini İçeren Kaşesi

fotoğraf

Kurul Kayıt Defteri:

Raporun Tarihi:

GEMİADAMI OLUR SAĞLIK RAPORU

...../...../.....doğumlu.....kızı/oğlu,..... T.C.kimlik/pasaport numaralı
..... 'ın Gemiadamları Sağlık Yönergesi ve eklerinde belirtilen
hususlara uygun olarak muayenesi yapılmış olup kurulumuz oybirliği ile aşağıdaki kararlara varmıştır.

KARAR*

(Uygunluk için iki yıldan daha kısa süre, herhangi bir sınırlama veya yasaklama kararı var ise belirtiniz)

Uygunluk:

Güverte: ☐ Makine: ☐ Telsiz: ☐ Elektrik ve elektronik ☐ Yardımcı hizmetli ☐ Diğer.....

Uzmanlık Dalı	Adı Soyadı	Dip. Tes. No:	İmza
Göz Hastalıkları			
İç Hastalıkları			
Kulak Burun Boğaz			
Psikiyatri			
Ortopedi			
Diğer (konsultan)			

Başhekim/ Mesul Müdür

Adı Soyadı :

Tarih :

Mühür ve imza:

NOT:30 iş günü içerisinde yetkili merkezlere "Gemiadamı Sağlık Yoklama Belgesi"ni düzenlemek için bu sonuçlarla (Ek3, Ek-4 ve tüm yapılan tahlil ve tetkikler ile) beraber başvurulmalıdır.

Odolopili
3 nusha
for
AD 1000
AD 1000

Sağlık Kuruluşunun Bilgilerini İçeren Kaşesi

Fotoğraf

Kurul Kayıt Defteri:

Raporun Tarihi:

GEMİADAMI OLAMAZ SAĞLIK RAPORU

...../...../.....doğumlu.....kızı/oğlu,.....T.C.kimlik/pasaport numaralı
 'ın Gemiadamları Sağlık Yönergesi ve eklerinde belirtilen
 hususlara uygun olarak muayenesi yapılmış olup kurulumuz oybirliği ile aşağıdaki karara varılmıştır.

KARAR

(Geçici süreli veya devamlı gemiadamı olamayacağını sebebiyle beraber açıklayınız)

.....

Uzmanlık Dalı	Adı Soyadı	Dip. Tes. No:	İmza
Göz Hastalıkları			
İç Hastalıkları			
Kulak Burun Boğaz			
Psikiyatri			
Ortopedi			
Diğer (konsultan)			

Başhekim/ Mesul Müdür

Adı Soyadı :

Tarih :

Mühür ve imza :

Not. En kısa sürede yetkili merkeze bildirimin sağlanması gerekmektedir.

TEKNİK ŞARTNEME

PROTOKOL DEFTERİ: 33x24 cm ebatlarında 100 yapraklı, naylon iplik dikişli, lüks ciltli 1. hamur kâğıttan imal edilmiş, Defter ismi kapak üzerine yazılmalı, kapak kalın mukavva ve ciltli olmalıdır. Numuneye göre değerlendirilecektir.