

## SAĞLIK BAKANLIĞI RADYASYON ÇALIŞANI SAĞLIK RAPORU

## 1. ÇALIŞAN BİLGİLERİ

|                      |                      |                      |  |
|----------------------|----------------------|----------------------|--|
| ÇALIŞANIN ADI SOYADI | T.C. KİMLİK NUMARASI | KURUM SİCİL NUMARASI | CİNSİYETİ<br><input type="checkbox"/> ERKEK <input type="checkbox"/> KADIN |
|----------------------|----------------------|----------------------|--|

ÇALIŞTIĞI/ÇALIŞACAĞI KURUM

ÇALIŞTIĞI/ÇALIŞACAĞI KURUMDAKİ ÜNVAN VE GÖREVİ

RADYASYON KAYNAKLARI İLE AĞIRLIKLI TEMAS ŞEKLİ Birden fazla işaretlenebilir

- Radyoaktif maddeler ile doğrudan el,cilt teması** (örn. radyofarmasötiklerle, brakiterapi kaynakları ile işlemler gibi)
- X-ışınlarına dışarıdan maruziyet** (Röntgen cihazları, Bilgisayarlı tomografi gibi ile yürütülen işler)
- Diğer** (Açıklayınız):

SON BİR YIL İÇİNDE KİŞİSEL DOZİMETRİ ÖLÇÜMLERİNDE LİMİT AŞIMI BİLDİRİLDİ Mİ?

- HAYIR**  **EVET** (Açıklayınız)

SON BİR YIL İÇİNDE RADYASYON KAZASI GEÇİRDİNİZ Mİ?

- HAYIR**  **EVET** (Açıklayınız)

SON BİR YIL İÇİNDE TIBBİ TANI VE TEDAVİ AMACIYLA RADYASYONA MARUZ KALDINIZ MI?

- HAYIR**  **EVET** (Açıklayınız)

| SAĞLIK DURUMUNUZLA İLGİLİ AŞAĞIDAKİ BELİRTİ VE BULGULAR VAR MI?  | HAYIR                    | EVET (Açıklayınız)       |
|--|--------------------------|--------------------------|
| <b>Ciltte solukluk</b>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Genel yorgunluk hali</b>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Otururken ayağa kalktığınızda başdönmesi/göz kararması</b>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Sık ateşli hastalıklara yakalanma</b>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Kolay iyileşmeyen uzun süreli enfeksiyonlar</b> (örn. ishal, mantar enfeksiyonları gibi)                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Beklenmedik veya uzun sürede duran kanamalar</b> (büyük abdestte, idrarda gibi)                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Sık dişeti kanaması</b>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Ciltte morluklar</b>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Özellikle el sırtı başta olmak üzere radyasyona maruz kalan vücut bölgelerde kıl dökülmesi</b>                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>El cildinde bozukluklar</b> (ciltte kalınlaşma, kılcıl damarların izlenmesi, erken yaşlılık belirtileri gibi) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Görmede bulanıklık</b>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Vücudunuzdaki</b> (boyun, çene altı, koltuk altı, kasık gibi) <b>lenf bezlerinde büyüme</b>                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Sağlığım ile ilgili yukarıda beyan ettiğim bilgiler doğrudur..

ÇALIŞANIN İMZASI

TARİH


## 2. TIBBİ DEĞERLENDİRME Hekim tarafından doldurulacaktır.




|   | HAYIR                    | EVET (Varsa açıklama)    |
|---|--------------------------|--------------------------|
| <b>EL CİLDİ BULGULARI</b> [ Kronik radyasyon maruziyetine bağlı olarak gelişebilecek]                           |                          |                          |
| Telenjektazi  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hiperkeratoz  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Atrofi  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kıl Dökülmesi   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tırnak Bozukluğu  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>KAN VE LENFATİK SİSTEM MALİGNİTE BULGUSU</b> [ Radyasyona bağlı olarak geç dönemde gelişebilen maligniteler] |                          |                          |
| Periferik lenfadenopati   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hepatosplenomegali  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| TAM KAN SAYIMI      | Lökosit Dağılımı     |
|---------------------|----------------------|
|                     | Lenfosit %           |
| Beyaz Küre Sayısı   | Nötrofil %           |
| Trombosit Sayısı    | Monosit %            |
| Hemoglobin Düzeyi   | Eozinofil %          |
| Kırmızı Küre Sayısı | Bazofil %            |
|                     | Normal-dışı hücreler |

**KATARAKT BULGUSU** [Lensin radyasyona maruziyetinden sonra 1 yıl içinde gelişmesi beklenir]

Bazal Oftalmoskopik Muayenesi Var mı?

Hayır   Oftalmoskopik Muayene için Göz Hastalıkları Uzmanına Sevk Ediniz:

Evete   Son 1 yıl içinde yeni gelişen görme bulanıklığı var ise  

**Son 1 yıl içinde ek görme bulanıklığı yok ise yıllık rutin takibine devam ediniz.**

Göz Hastalıkları Uzmanı Değerlendirmesi:

Kaşe/İmza/Tarih

Bu formda adı geçen çalışanın tarafımdan sağlık değerlendirilmesi yapılmıştır. Radyasyon kaynakları ile çalışmasında sakınca bulunmamaktadır.  / sakınca bulunmaktadır.  (Açıklayınız):

İstirahat ve diğer hususlar:

Dr. Kaşe/İmza/Tarih