|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **AKIŞ** | **SORUMLU** | **DOKÜMAN KAYIT** |
| Gerekirse Aşılma Programı için Enfeksiyon Kontrol Komitesine başvurulması  \*\*Özlük işlemleri ilgili birimine dokümanların teslim edilmesi  İş kazası formunun mevzuata uygun doldurularak ilgililerce imzalanması  Muayenesinin yapılması ve İş kazası dokümanlarının doldurulması  Güvenlik Raporlama Bildiriminin yapılması  Acil Servis Kayıt açılması | Kazazede Personel\*\*\* ve Birim Sorumlusu | SÇ.FR.10 İş kazası ve Meslek Hastalığı Bildirim Formu ilgili kısımları doldurulacak |
| Acil Servis Kayıt personeli | HBYS “İş Kazası bölüm” kaydı |
| Acil Servis Hekimi | Genel Adli Muayene Raporu  Genel Adli Fiziksel Muayene Formu  Sonuç Formu |
| Kazazede Personel ve Birim Sorumlusu | SÇ.FR.10 İş kazası Ve Meslek Hastalığı Bildirim Formu |
| Kazazede Personel ve Birim Sorumlusu, İş Sağlığı Güvenliği Birimi ve İşyeri Hekimliği Birimi | SÇ.FR.10 İş kazası Ve Meslek Hastalığı Bildirim Formu  SÇ.FR.03 İş Kazası Tespit Formu doldurulur. |
| Kazazede Personel ve Birim Sorumlusu | SGK’ya SÇ.FR.10 İş kazası Ve Meslek Hastalığı Bildirim Formu  ile Bildirim yapılması |
| \*\*Özlük İşlemleri İlgili Birimi | 3 iş gününde SGK İş kazası Ve Meslek Hastalığı Bildirim Formu ile bildirim yapılması |
| Kazazede Personel | GBSÇ-FR-06 Kesici Delici Alet Yaralanmaları Bildirim Formu |
| Kazazede Personel ve Birim Sorumlusu | HBYS’den Güvenlik Raporlama Sistemine(GRS) giriş |
| \*6331 SAYILI “İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ KANUNU ( İŞ KAZASI: İşyerinde veya işin yürütümü nedeniyle meydana gelen,ölüme sebebiyet veren veya vücut bütünlüğünü ruhen ya da bedenen engelli hale getiren olay)  \*\*Personelin ünvanına göre ilgili olan Personel Servisi, Hizmet Alımları Takip Birimi veya Eğitim Koordinatörlüğü Birimi  \*\*\*Stajyer Öğrenci için bildirimler de aynı kapsamda yapılacaktır. | | |