

	TC. MİLLÎ EĞİTİM BAKANLIĞI İşyeri Sağlık ve Güvenlik Birimi ÖĞRENCİ SAĞLIK TANIMA FORMU	Döküman No: Yayın No: Yayın Tarihi: Revizyon Tarihi: Revizyon Sayısı: Sayfa No: Kurum/Birim Kodu:
---	---	---

İL/İLÇE ADI:	EDİRNE/Merkez
OKUL ADI:	Edirne Sosyal Bilimler Lisesi
TARİH:/..../2023
HEMŞİRE ADI:	

1.SOSYODEMOGRAFİK BİLGİLER

Öğrencinin Adı Soyadı:	Cinsiyet: Kadın () Erkek ()
TC Kimlik No:	
Adresi:	
Doğum Tarihi(G/A/Yıl):	
Kardeş Sayısı:	
Telefon No:	
Veli Adı Soyadı/ Telefon:	
E-posta Adresi:	

2. SAĞLIK BİLGİSİ

Kan Grubu:			
Ailede Var Olan Önemli Hastalık:	Anne:	Baba:	Kardeş:
Ailede Var Olan Kalıtsal Hastalık:	Anne:	Baba:	Kardeş:
Hemşire Notları:			

3.BAĞIŞIKLAMA

Bağışıklama Durumu	Aşı Adı
TAM *()	
EKSİK ** ()	
Hemşire Notları	

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

** Lütfen eksik bağışıklama için aşı numaralarını yazınız

4.ALERJİ

- () Bilinen Alerji Yok
() Bilinen Alerji Var

*Bilinen alerji var ise tabloyu doldurunuz.

Tanı Tarihi:

Alerji Tipi	Alerjen Reaksiyon	Alerji Ciddiyeti
() hayvan alerjisi () ilaç alerjisi () çevresel faktörlerden kaynaklı alerji () gıda alerjisi () bitki alerjisi () polen alerjisi	() ürtiker () ateş () öksürük () eklem ağrısı () şişlik () halsizlik/yorgunluk () ağrı/enjeksiyon bölgesinde şişlik () burun tıkanıklığı/ şişlik () deri döküntüsü () baş ağrısı () eklem ağrısı () kas ağrısı () burun akıntısı () boğaz ağrısı () nefes ()	() Hafif () Orta () Ciddi () Bilinmiyor
Hemşire Notları:		

5. AŞI BİLGİLERİ

TEST VE AŐILAR	TARİH
Verem (BCG Testi)	
Verem AŐısı	
Kızamık AŐısı	
Çocuk Felci AŐısı	
Difteri AŐısı	
TetanoŐ AŐısı	
Hepatit (sarılık) A/B AŐısı	
Grip AŐısı	
Hemşire Notları:	

6.KULLANDIĐI İLAÇLAR

İLAÇ ADI	DOZU	UYGULAMA YOLU	BAŐLANGIÇ TARİHİ	BİTİŐ TARİHİ

7.SAĞLIK PROBLEMİ

Sağlık Problemi	VAR	YOK	AÇIKLAMA
Kronik Hastalıklar(Diabet-Epilepsi-HT-Kalp DolaŐım Sistemi)			
Sık Geçirdiđi Enfeksiyonlar			
Görme Problemi			
İŐitme Problemi			
Kas-İskelet Sistemi Problemi			
Gastro İntestinal Sistem Problemi			
Kullandığı Cihaz			
Kaza Geçirme Durumu			
Ameliyat Geçirme Durumu			
Son Bir Yılda Hastaneye Yatma Durumu			

Veli Adı Soyadı

İmza