|  |  |
| --- | --- |
| **Adı Soyadı: Tc Kimlik No:** | **Ünvanı: Tarih:** |
| **Doğum Tarihi:** | **Kurumda Başlama Tarihi:** | **Kronik Hastalık:** |
| **Telefon:** | **Kan Grubu:** | **Alerji Öyküsü:** |
| **Daha Önce Geçirdiği Ameliyatlar:** | **Taşıyıcılık Durumu:** |
| **PERSONEL AŞI TAKVİMİ** |
| **Hepatit B Aşısı** | **Difteri-Tetenoz Aşısı** | **Kızamık Aşısı** | **Grip Aşısı** | **Diğer** |
| **1.Doz** | **2.Doz** | **3.Doz** | **Sonuç** | **1.Doz** | **2.Doz** | **3.Doz** | **1.Doz** | **2.Doz** |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **YAPILAN TETKİKLER** |
| **Tarih** | **HbsAg** | **AntiHbs** | **Anti Hcv** | **Anti Hıv** | **Akciğer Grafisi** | **EKG** | **Hemog-ram** | **Biyo-****Kimya** | **SFT** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Odyo Testi** | **Dozi-metre****Takip** | **Dermatoloji****Muayenesi** | **Göz Muayene-si** | **Periferik****Yayma** |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Not:** |