

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

İL/İLÇE ADI:	EDİRNE/Merkez
OKUL ADI:	Edirne Süleyman Demirel Fen Lisesi
TARİH:	..../..../2023
HEMŞİRE ADI:	Seven TAŞ

### 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	
<b>Hemşire Notları:</b>	

**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