



T. C.  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
SAKARYA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ  
Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Doküman Kodu: SÇ.FR.012

Yayın Tarihi: 10.09.2019

Revizyon No: 01

Revizyon Tarihi: 04.02.2022

Sayfa 1 / 1

STAJYER ÖĞRENCİ SAĞLIK TARAMA FORMU

Öğrenci Adı-Soyadı		<b>BARKOD</b>
T.C. Kimlik No:		
Okuduğu Okul		
Muayene Tarihi		

KLİNİK UYGULAMA/STAJ/BECERİ EĞİTİMİNE BAŞLARKEN YAPILACAK TESTLER/TAHLİLLER

SAĞLIK TARAMASI İÇERİĞİ	Sonuç
PPD Testi	
Hemogram	
HbsAg	
Anti HBS (Anti HBS >10 ise kişi bağışık kabul edilir, test tekrarı yapılmamalıdır.)	
Anti HIV	
Anti HCV	
PA Akciğer Grafisi	

Aşı Takvimi

1. Öğrencinin Sağlık Bakanlığı, E-Nabız üzerinden çıkartmış olduğu Elektronik Aşı Kartının bir örneği muayene esnasında kontrol edilmelidir. (Elektronik Aşı Kartı kare kodlu olmalıdır, gerek görülmesi durumunda karekodu okutarak belgeyi e-Nabız üzerinden doğrulayabilirsiniz)	<input type="checkbox"/> Kontrol Edildi.	
2. Sağlık Bakanlığı E-Nabız üzerinden aşı kartına ulaşılamıyor veya aşı bilgileri kayıtlı değilse aile beyanı talep edilmelidir.	<input type="checkbox"/> Aile beyanı gereklidir. <i>Aile beyanı için, formun 2.sayfasında belirtilen alana ailenin imzası alınmalıdır</i>	
3. Aile, aşılarda beyanda bulunamıyorsa veya emin değilse yan tarafta belirtilen tetkikler istenmelidir.	<b>TETKİK</b>	<b>SONUÇ</b>
	<input type="checkbox"/> Anti Kızamık IgG	
	<input type="checkbox"/> Anti Rubella IgG	
4. Öğrenciye aşılanma yapılması gerekli ise, aşılarda yan tarafta belirtilen aşılarından uygulanacak olanlar işaretlenmeli ve aşılanma hakkında öğrenciye/ailesine bilgi verilmelidir.	<input type="checkbox"/> Anti HAV IgG	
	<input type="checkbox"/> Aşağıda belirtilen aşılarda bilgi verildi ve uygulanması önerildi. <input type="checkbox"/> Kızamık-Kızamıkçık-Kabakulak <input type="checkbox"/> Hepatit A <input type="checkbox"/> Hepatit B	

.....adlı öğrenciye ait tetkik sonuçları ekte sunulmuş olup, yukarıdaki tetkikler sonucunda öğrencinin sağlık kuruluşlarında staj yapması uygundur.

Tarih:

Hekim Adı Soyadı:

Kaşe/İmza:



T. C.  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
SAKARYA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ  
Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Doküman Kodu: SÇ.FR.012

Yayın Tarihi: 10.09.2019

Revizyon No: 01

Revizyon Tarihi: 04.02.2022

Sayfa 2 / 1

**STAJYER ÖĞRENCİ SAĞLIK TARAMA FORMU**

**AŞI İLE İLGİLİ AİLE BEYANI**

Kurumunuz Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesinde staj yapacak olan velisi olduğum ..... T.C. kimlik numaralı öğrencinin, çocukluk çağı aşılarının tamamlanmış olduğunu beyan ederim.

Öğrencinin velisinin/vasisinin; Adı-Soyadı: (El yazısı ile) İmzası:	Tarih: ...../...../..... Saat: .....
--	---

**AŞI UYGULAMASI HAKKINDA BİLGİLENDİRME VE ÖĞRENCİ/AİLE BEYANI**

Kurumunuz Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesinde staj yapacak olan ..... T.C. kimlik numaralı çocuğuma/kendime, staja başlamadan önce yapılan Sağlık Taraması sırasında aşı kartında belirtilen duruma istinaden sağlık tarama formunun birinci sayfasında belirtilmiş olan hekim tarafından önerilen aşıların uygulanması gerekliliği konusunda bilgilendirildim. Gerek başvurum sırasında ve sonrasında, gerek bu formu doldururken sağlık ile ilgili her konuda soru sorma, değerlendirme ve karar verme fırsatı tarafıma verilmiş, hekim tarafından oluşabilecek hastalıklar, risk ve tehlikeler konusunda gerekli danışmanlık hizmeti verilmiştir.

Bu hastalıklar hakkında, bilgilendirildiğim ve aydınlatıldığım halde kendi özgür irademle çocuğuma/kendime, sağlık tarama formunun birinci sayfasında belirtilmiş olan, hekim tarafından önerilen aşıların uygulanmasına <b>İZİN VERMİYORUM</b> ve bu formu imzalıyorum. Tüm sorumluluk şahsıma aittir. (El yazısı ile "OKUDUĞUMU ANLADIM, KABUL EDİYORUM" yazınız.) ..... .....
---

Stajyer Öğrenci; Adı-Soyadı: (El yazısı ile) İmzası:	Tarih: ...../...../..... Saat: .....
Stajyer Öğrenci 18 yaşından küçük ise, öğrencinin velisinin/vasisinin; Adı-Soyadı: (El yazısı ile) İmzası:	Tarih: ...../...../..... Saat: .....

Sağlık tarama formunun birinci sayfasında belirtilmiş olan, hekim tarafından önerilen aşıların çocuğuma/kendime uygulanmasına <b>İZİN VERİYORUM</b> ve bu formu imzalıyorum. (El yazısı ile "OKUDUĞUMU ANLADIM, KABUL EDİYORUM" yazınız.) ..... .....
--

Stajyer Öğrenci; Adı-Soyadı: (El yazısı ile) İmzası:	Tarih: ...../...../..... Saat: .....
Stajyer Öğrenci 18 yaşından küçük ise, öğrencinin velisinin/vasisinin; Adı-Soyadı: (El yazısı ile) İmzası:	Tarih: ...../...../..... Saat: .....