

KOD	YAYINTARİHİ	REVİZYON TARİHİ	REVİZYON NO	SAYFA NO
SAS.FR.08	01.01.2017	----	0	1 / 1

Şanlıurfa İl Sağlık Müdürlüğü'ne

BİLDİRENİN

Adı Soyadı:.....

Tarih:...../...../20.....

Mesleği:.....

HASTANIN KİMLİK BİLGİLERİ

T.C Kimlik Numarası	
Soyadı	
Adı	
BabaAdı	
Yaşı	
Cinsiyeti	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> K
Mesleği	

HASTANIN ADRES BİLGİLERİ

İli	
İlçesi	
Mahallesi	
Sokağı	
Apartman Numarası	
Daire Numarası	
Ev / CepTelefonu	0(414)..... / 0(5.....).....

ZEHİRLENME BİLGİLERİ

Başvuru Zamanı	Tarih:...../...../20.....Saat:.....:.....
Zehirlenmeye Neden Olan Etken	
Zehirlenmenin Olduğu Yer	
Olay Zamanı (İlk Maruziyet)	Tarih:...../...../20.....Saat:.....:.....
Maruz Kalma SüresiGün.....Saat.....Dakika
Şikayetler	
Şikayetlerin Başladığı Zaman	Tarih:...../...../20.....Saat:.....:.....
Andidot Adı	
Ölüm Zamanı	Tarih:...../...../20.....Saat:.....:.....
Düşünceler	

Not: Form eksiksiz doldurularak vaka derhal **114 UZEM** (Ulusal Zehir Danışma Merkezi) aranarak bildirilir. Form **İKİ NÜSHA** olarak hazırlanır. Biri **İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ'**ne gönderilir. Diğeri **HASTA DOSYASINA** eklenir.