|  |  |
| --- | --- |
| **Hasta / Şüpheli Kişi Adı Soyadı:** |  |
| **Görevi:**  | . |
| **KONTROL ÖNLEMLERİ HİYERARŞİSİ** | **EVET** | **HAYIR** |
| Semptomları (belirtileri) olan kişilerin erken saptanması gerçekleştirildi mi?Kimlik ve iletişim bilgileri kayıt altına alındı mı? |  |  |
| Sağlık otoritesine bildirilmesini/raporlanması sağlandı mı? |  |  |
| Kişilerin revir/sağlık odasında izolasyonu sağlandı mı?  |  |  |
| Kişilerin sağlık kuruluşuna nakledilmesi/nakli sağlandı mı?  |  |  |  |
| Doğrulanmış salgın hastalıklı (COVID-19 vb.) kişi/kişilerin iyileşmesini takiben sağlık otoritelerince belirlenen süre (COVID-19 için en az 14 gün) izolasyon sonrasında kuruluşa dönmesi sağlandı mı? |  |  |  |
| **NOT: Semptomları (belirtileri) olan kişi/kişilere yukarıdaki işlem basamaklarına göre müdahale edilip edilmediği kontrol edilerek bu form kayıt altına alınmalıdır.**  |
| Tayyip ÇAVĞASalgın Acil Durum Sorumlusu |
| …… / ….. / 20 …Ö.Yıldıray MERALKurum Müdürü |