**COVID-19 PANDEMİ SÜRECİNDE İŞYERİ HEKİMLERİ BİLGİ TOPLAMA FORMU**

Formun Doldurma Tarihi: …/…/2020

1. İl:
2. İşyerinizde toplam hekim sayısı:
3. İşyerinizde toplam diğer sağlık personeli sayısı:
4. Sözleşmenizdeki toplam çalışma süreniz:
5. İşyerinizde toplam çalışan sayısı:
6. Sözleşmenizdeki sorumlu olduğunuz çalışan sayısı:
7. İşyerinizin NACE koduna göre tehlike sınıfı:
8. İşyerinizin NACE koduna göre faaliyet alanı:
9. İlk COVID-19 kuşkulu olgu bildirimi olduğu tarih: …/…/2020
10. COVID-19 kesin olgu ilk teşhis tarihi: …/…/2020
11. Bugüne kadar izlediğiniz COVID-19 kesin/kuşkulu olgu sayısı (**yaklaşık**):
12. Bugüne kadar sevk ettiğiniz COVID-19 kesin/kuşkulu olgu sayısı (**yaklaşık**):
13. Bugüne kadar kayıtlara geçen COVID-19 vefat sayısı (**yaklaşık**):
14. Bugüne kadar İl Sağlık Müdürlüğüne bildirdiğiniz COVID-19 kesin/kuşkulu olgu sayısı (**yaklaşık**):
15. Kişisel koruyucu donanımı nasıl edindiniz?
    1. Tabip odasından
       1. Cerrahi maske (yaklaşık adet): (....)
       2. N95 / FFP2 /FFP3 maske (yaklaşık adet): (....)
       3. Yüz koruyucu Gözlük / Siperlik (yaklaşık adet): (....)
       4. Boks gömleği (yaklaşık adet): (....)
       5. Tulum (yaklaşık adet): (....)
       6. Eldiven (yaklaşık adet): (....)
       7. Dezenfektan / el antiseptiği (yaklaşık adet): (....)
    2. İşyerinden
       1. Cerrahi maske (yaklaşık adet): (....)
       2. N95 / FFP2 /FFP3 maske (yaklaşık adet): (....)
       3. Yüz koruyucu Gözlük / Siperlik (yaklaşık adet): (....)
       4. Boks gömleği (yaklaşık adet): (....)
       5. Tulum (yaklaşık adet): (....)
       6. Eldiven (yaklaşık adet): (....)
       7. Dezenfektan / el antiseptiği (yaklaşık adet): (....)
    3. Kendi olanaklarımla
       1. Cerrahi maske (yaklaşık adet): (....)
       2. N95 / FFP2 /FFP3 maske (yaklaşık adet): (....)
       3. Yüz koruyucu Gözlük / Siperlik (yaklaşık adet): (....)
       4. Boks gömleği (yaklaşık adet): (....)
       5. Tulum (yaklaşık adet): (....)
       6. Eldiven (yaklaşık adet): (....)
       7. Dezenfektan / el antiseptiği (yaklaşık adet): (....)
    4. Belediye ve/veya e-devlet başvurusu ile PTT, eczane vb.den)
       1. Cerrahi maske (yaklaşık adet): (....)
       2. N95 / FFP2 /FFP3 maske (yaklaşık adet): (....)
       3. Yüz koruyucu Gözlük / Siperlik (yaklaşık adet): (....)
       4. Boks gömleği (yaklaşık adet): (....)
       5. Tulum (yaklaşık adet): (....)
       6. Eldiven (yaklaşık adet): (....)
       7. Dezenfektan / el antiseptiği (yaklaşık adet): (....)

İlk edindiğiniz KKD çeşit ve miktarı :

* 1. Cerrahi maske:
  2. N95 maske:
  3. Siperlik:
  4. Önlük:
  5. Tulum:
  6. Eldiven:

1. COVID-19 pandemisi ile ilgili işyeri, OSGB, KOSGEB, Çalışma, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı ve/veya Sağlık Bakanlığı ve diğer kurumların eğitimleri:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **EĞİTİM TARİHİ** | **EĞİTİMİN KONUSU** | **EĞİTİMİ DÜZENLEYEN** | **YÖNTEM (YÜZ YÜZE / ONLINE)** | **KATILIMCI HEDEFİ (HEKİM, HEMŞİRE, EBE, VB.)** | **KATILIMCI SAYISI** |
| …/…/2020 | …………. | …………. | …………. | …………. | …………. |
| …/…/2020 | …………. | …………. | …………. | …………. | …………. |
| …/…/2020 | …………. | …………. | …………. | …………. | …………. |
| …/…/2020 | …………. | …………. | …………. | …………. | …………. |
| …/…/2020 | …………. | …………. | …………. | …………. | …………. |

1. İşyerinizde çalışanlara kontrol amaçlı PCR testi uygulandı mı?:

Uygulandıysa kaç kez uygulandı?:

İlk uygulandığı tarih: …/…/2020

1. İşyerinizde çalışanlara kontrol amaçlı ANTİKOR testi uygulandı mı?:

Uygulandıysa kaç kez uygulandı?:

İlk uygulandığı tarih: …/…/2020

1. Çalıştığınız birimde enfekte olan sağlık çalışanı sayısı:
   1. Hekim:
   2. Diğer sağlık çalışanları:
2. Olası/kuşkulu COVID-19 olguları başvurduğunda izlenen algoritma:

…………………………………….

1. Temaslı izlemine ilk başladığınız tarih: …/…/2020
2. Bugüne kadar izlenen temaslı sayısı (**yaklaşık**):
3. Bugüne kadar ulaşılamayan/izlemi yapılamayan temaslı kişi sayısı (**yaklaşık**): ……..

İzlem yapılamamasın nedenleri: ………………

1. Temaslı izlenmesinde yöntem (yüz yüze/ telefonla) ve süre (her gün, gün aşırı vb.)

………………………………………………….

1. COVID-19’un ikincil etkisine ilişkin gözlemler

Azaldı Değişmedi Arttı Fikrim yok

* 1. COVID-19 dışı hastaların başvurusu: ( ) ( ) ( ) ( )
  2. Saha gözetimi işlemleri: ( ) ( ) ( ) ( )
  3. Sağlık gözetimi hizmetleri: ( ) ( ) ( ) ( )

(Periyodik muayene, kronik hasta izlemi, gebe izlemi vb)

* 1. İşe elverişlilik değerlendirmeleri: ( ) ( ) ( ) ( )
  2. Risk analizi /değerlendirmesi ( ) ( ) ( ) ( )
  3. Diğer (.………………) : ( ) ( ) ( ) ( )

1. Pandemi sürecinde mesai saatleri?

Arttı ( ) Azaldı ( ) Değişmedi ( )

Arttıysa günlük ortalama çalışma süreniz **ne kadar arttı**: …………..saat/gün

Haftalık(7 gün) **toplam çalışma süreniz** ne kadar: …………..saat/hafta

1. Dönüşümlü çalışma olanağı sağlandı mı?

Evet ( ) Hayır ( )

1. Siz dahil idari izin, COVID-19 izolasyonu, hastalık vb nedenlerle izne ayrılanların yerine görevlendirme yapıldı mı?

Evet işyerindeki diğer hekimlerden ( ) Evet OSGB’ye bağlı diğer hekimlerden ( ) Hayır ( )

1. İşyerinde pandemi planı, acil durum planı, pandemiye özel risk analizi / değerlendirmesi, çalışanlara için işe özel sağlık eğitimleri yapıldı mı?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **İŞLEM** | **SORUMLULAR** | **UYGULANMA DÜZEYİ** |
| Pandemi planı: | …………. | …………. |
| Acil durum planı: | …………. | …………. |
| Risk analizi: | …………. | …………. |
| Sağlık eğitimi: | …………. | …………. |
| İSG toplantısı | …………. | …………. |
| Diğer (...............................) | …………. | …………. |

1. İşçi sağlığı çalışma ortamında salgına özel düzenleme yapıldı mı? (varsa revir giriş çıkışlarının kontrollü yapılması, telefonla konsültasyon, covid şüpheli hasta için izolasyon odası, sadece randevulu muayene, revire sınırlı sayıda ve sırayla kişi alma, diğer)

Evet, yeterli ( ) Evet, kısmen ( ) Hayır ( )

1. Çalıştırılan personel için COVID-19 için özel iş güvenliği eğitimi verildi mi?

Evet, yeterli ( ) Evet, kısmen ( ) Hayır ( )

1. Salgının ilerleyen dönemleri için en az 2 aylık KKD malzemeniz var mı?

Evet, depoladık ( ) Hayır bittikçe alıyoruz ( )

1. Salgına özel yaptığınız düzenlemeleri yıl sonuna kadar sürdürebileceğinizi düşünüyor musunuz?

Evet, tümüyle( ) Evet, kısmen ( ) Hayır ( )

1. Pandemi sırasında her hangi bir ek ödeme yapıldı mı? Yapıldıysa tutarı?

Hayır ( ) Evet ( ) Hekimler için: ………………. Diğer sağlık personeli için: ……………… TL

1. COVID-19 pandemisi sürecinde yaşanan sıkıntılar:

…………………………………..

…………………………………

…………………………………..

1. Bundan sonraki süreç için öneriler:

…………………………………..

…………………………………..

………………………………….

Teşekkür ederiz.