



Birim / Lokasyon		
Kaza / Olay Sınıflandırması	<input type="checkbox"/> İş ile ilgili	<input type="checkbox"/> İş ile ilgili değil
Tarih		
Kaza / Olay Saati	Zaman Aralığı:	
Kaza / Olay Şekli		
Kaza / Olay Yeri		
Kaza / Olay Esnasında Yapılan İş		

KAZAZEDENİN / OLAYA KARIŞANLARIN BİLGİLERİ (Birden fazla kişi varsa aşağıdaki tabloyu kopyalayarak ekleme yapınız)			
Ad Soyad		Personel Tipi	
Doğum Tarihi		Çalışma Süresi	
Görev		İSG Eğitimi Var mı?	<input type="checkbox"/> EVET <input type="checkbox"/> HAYIR
Uyruk		Cinsiyet	<input type="checkbox"/> Erkek <input type="checkbox"/> Kadın

YARALANMA BİLGİLERİ (Kaza sonucu yaralanma varsa aşağıdaki tabloyu doldurunuz)			
Yaralanan Vücut Bölgesi (Birden fazla yaralanma durumunda ekleme yapınız)		Yaralanan Organ(lar) (Birden fazla organ yaralanma durumunda ekleme yapınız)	
Kayıp Gün Sayısı (Kayıp İş Günlü Kaza Durumunda)		Kısıtlı Çalışılan Gün Sayısı (Kısıtlı İş Göremezlik Durumunda)	
Yaralanma Şekli (Birden fazla yaralanma durumunda ekleme yapınız)			
Uygulanan Tedavi			

TEMEL NEDENLER	
Tehlikeli Davranışlar (gerektiği kadar ekleyiniz / çıkarınız)	Tehlikeli Durumlar (gerektiği kadar ekleyiniz / çıkarınız)
- Güvenli çalışma yöntemi ihlali - -	- Dar alan / Kısıtlı hareket imkanı -
KÖK (GİZLİ) NEDENLER	
Kişisel Faktörler (gerektiği kadar ekleyiniz / çıkarınız)	İş ile İlgili Faktörler (gerektiği kadar ekleyiniz / çıkarınız)
- Diğer - -	- - -



KAZA / OLAY AÇIKLAMASI

FOTOĞRAFLAR (VARSA)

Bu bölüm Yönetim Temsilcisi tarafından doldurulacaktır.

DÜZELTİCİ / ÖNLEYİCİ FAALİYETLER		SORUMLU
1		
2		
3		
4		
5		

DÜZENLEYEN	ONAYLAYAN
AD SOYAD :	AD SOYAD :
İMZA :	İMZA :