|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | GİRESUN İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ | | | |
| **STAJYER ÖĞRENCİ SAĞLIK TARAMA FORMU** | | | |
| KODU: EY.FR.20 | YAYIN TARİHİ: 18.01.2022 | REVİZYON TARİHİ: - | REVİZYON NO: 00 | SAYFA NO: 1/1 |

|  |  |
| --- | --- |
| Öğrenci Adı – Soyadı: |  |
| T.C. Kimlik No: |  |
| Okulu: |  |
| Tarih: |  |

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Sağlık Taraması İçeriği** | **Açıklama** | **Sonuç** |
| HBs Ag | Staj başlangıç tarihinden önceki son  1 ay içerisinde yapılmış test sonucunun  belgelendirilmesi gerekmektedir. | \* |
| Anti HBs | Staj başlangıç tarihinden önceki son  1 ay içerisinde yapılmış test sonucunun  belgelendirilmesi gerekmektedir. | \* |
| Anti HCV | Staj başlangıç tarihinden önceki son  1 ay içerisinde yapılmış test sonucunun  belgelendirilmesi gerekmektedir. | \* |
| Anti HIV | Staj başlangıç tarihinden önceki son  1 ay içerisinde yapılmış test sonucunun  belgelendirilmesi gerekmektedir. | \* |
| Td (Erişkin tip Difteri-Tetanoz) | 13 yaşında yapılan Td aşısının belgelendirilmesi gerekmektedir. | \* |

**\* Açıklama kısmında belirtilen süreler içerisinde yapılmış testlere ait sonuçlar yazılacak ve bu sonuçlara ait belgelerle birlikte başvurulacaktır.**

**Sonuç:** Öğrencinin viral taşıyıcı hastalık açısından sağlık kuruluşunda staj yapmasında sakınca yoktur.

**Hekim**

**Kaşe – İmza**