|  |
| --- |
| **T.C.****NÜKLEER DÜZENLEME KURUMU****Nükleer Tesisler Dairesi Başkanlığı** |
| **NÜKLEER TESİSLERDE İŞLETİCİ PERSONEL SAĞLIK MUAYENESİ FORMU** |
| Bu form işyeri hekimi veya tam teşekküllü bir hastanenin başhekimliği tarafından doldurulur. Bu formu imzalayacak olan doktor, gerek gördüğü sevkleri yaparak adayın farklı uzmanlık alanlarındaki yeterliliği konusunda uzman raporları ister ve bu raporlara dayanarak formu doldurur. Yetkinin gerektirdiği koşullara uyabilmeyi sağlayan düzeltici önlemler tanımlanabilir. Engelleyici koşullardan birine sahip bir adaya ancak ilgili uzmanın uygun görüşü ile olumlu rapor verilebilir. İlk yetkilendirme başvurusu için bu form kapsamında alınan sağlık raporu, alındığı tarihten itibaren iki yıl geçerlidir.  |
| ADAYIN KİŞİSEL BİLGİLERİ |
| Adı SOYADI |  | Fotoğraf |
| Vatandaşlık/Uyruk |  |
| T.C. Kimlik/Pasaport Numarası |  |
| Doğum Tarihi (GG/AA/YYYY) |  |
| Tel |  |
| SAĞLIK MUAYENESİ  |
| **Doktor Beyanı:**Başvuru sahibi tarafından verilen bilgiler ile ilgili uzman doktorların muayene bulgular da göz önünde bulundurularak, nükleer tesislerde işletici personel olarak görev yapmanın gerektirdiği;* Mental uyanıklık ve duygusal denge,
* Sesli, yazılı ve görsel uyarıları algılayacak ve kendini ifade edebilecek iletişim becerileri,
* Görevin gerektirdiği hareketleri yapabilecek fiziksel yapı, motor güç ve hareket yeteneği

kapsamında adayın; |
| [ ]  Koşulsuz olarak[ ]  Görüş düzeltici cihaz kullanarak[ ]  Duyma düzeltici cihaz kullanarak[ ]  Reçete edilen ilaçlar kullanılarak İlaçlar:[ ]  Tıbbi cihazlar kullanarak  Cihazlar:yeterli kapasiteye sahip olduğu belirlenmiştir. |
| Muayene ve değerlendirme;[ ]  Bu formun açıklamalar kısmında yer alan ilke ve yönlendirmeler uyarınca [ ]  ……(ülke adı)….. düzenlemeleri kapsamında …….(düzenleme ve/veya standart adı, numarası)……. uyarınca yapılmıştır. |
| Muayene Tarihi | Diploma No | Doktorun Görev Yeri ve Unvanı | Adı Soyadı, İmzası |
| YÜKÜMLÜLÜK VE İMZA |
| Tarafımca yukarıda ve sağlık muayenesi sırasında vermiş olduğum bilgilerin doğruluğunu beyan ederim. Bu formdaki bilgilerin NDK’ya gerekli başvuruyu yapabilmek üzere çalışmakta olduğum Kuruluş ve yetkilendirme kapsamında kullanmak üzere NDK tarafından işlenmesine izin veriyorum. **İşletici Personel Adayı**(Ad, Soyad, imza ve tarih) |

|  |
| --- |
| **AÇIKLAMALAR*****YAPILMASI GEREKEN DEĞERLENDİRMELER*** 1. Psikiyatrik değerlendirme
2. Nörolojik değerlendirme
3. Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon (FTR) değerlendirmesi
4. Göz Hastalıkları değerlendirmesi
5. Odyometri ile İşitme (Kulak Burun Boğaz Hastalıkları) değerlendirmesi
6. Kardiyoloji değerlendirmesi (EKG dahil)
7. Göğüs hastalıkları değerlendirmesi (PA akciğer grafisi, solunum fonksiyon testlerine ek olarak Polisomnografi)
8. İç hastalıkları değerlendirmesi (rutin kan ve idrar tetkiklerine ek olarak periferik yayma)
9. Enfeksiyon hastalıkları değerlendirmesi
10. Deri ve Zührevi Hastalıklar değerlendirmesi
11. Kadın çalışanlar için Kadın Hastalıkları ve Doğum değerlendirmesi (rutin tetkiklere ek olarak -HCG)

***DÜZELTİCİ ÖNLEMLER İLE KABUL EDİLEBİLİR KOŞULLAR***1. Duyma: 500/1000/2000 Hz konuşma frekanslarında 30 dB’den iyi ortalama duyma yeteneği
2. Görme:
	1. En az 20/40 uzak ve yakın görüş yeteneği
	2. En az 120° çevresel görüş yeteneği
	3. Kırmızı, yeşil ve sarı uyarı ışıklarını ayrımsama yeteneği
	4. Derinlik algısı
3. Kalp: Ritim ve tansiyon açısından normal kalp fonksiyonlarına sahip olma

***ENGELLEYİCİ KOŞULLAR***1. Mental retardasyon
2. Kronik psikiyatrik hastalıklar (Psikotik bozukluklar, anksiyete bozuklukları, duygudurum bozuklukları, kişilik bozuklukları, intihara teşebbüs öyküsü olması vb.)
3. Kronik nörolojik hastalıklar (Epilepsi, senkop öyküsü, demyelinizan hastalıkları, hareket bozuklukları, serebrovasküler olay vb. motor işlevler ve koordinasyon, dikkat kabiliyetlerini etkileyebilecek hastalıklar)
4. Görüş düzeltici cihaz ile düzeltilemeyen görme kusurları, renk körlüğü, gece körlüğü, dekompanse glokom, katarakt, oftalmik sinir ve retina hastalıkları, anoftalmi
5. Konuşma frekanslarını etkileyecek düzeyde işitme kayıpları, kronik süpüratif otitis media ve kronik pürülan sinüzit
6. Uzuv kaybı olanlar
7. Osteoporoz
8. Kronik intoksikasyonlar (ağır metal, solvent, ilaç vb.) ve ilişkili kronik hastalıklar ve bulgular
9. Koroner arter hastalığı, aritmi, kalp yetmezliği, kalp kapak hastalıkları, periferik damar hastalığı, derin ven trombozu ve pulmoner emboli öyküsü bulunması
10. Astım, anafilaksi öyküsü, anjiyoödem öyküsü, ağır Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı, solunum yetmezliği, interstisyel akciğer hastalıkları, trakeotomi ve larenjektomi
11. Uyku apnesi sendromu
12. Aktif tüberküloz varlığı (tüm organlar)
13. Kronik enfeksiyon hastalıkları (HIV/AIDS, hepatitler, brusella vb.)
14. Herhangi bir malignite öyküsü (hematolojik ve solid organ maligniteleri), tüm organ ve sistemlerin premalign durumları
15. Morbid obezite, diyabet, hipertansiyon, tirotoksikoz, kronik böbrek yetmezliği ve böbrek taşı (nefrolityazis), kronik karaciğer yetmezliği ve siroz, kronik hematolojik hastalıklar ve koagülopatiler, gastrik ve duodenal ülserler, aktif kronik hepatit, kronik safra yolu hastalıkları, kronik pankreatit, inflamatuar bağırsak hastalıkları, bağ dokusu hastalıkları
16. Sigara ve kafein dışında madde veya ilaç bağımlılığı
17. Vücut fonksiyonlarını bozan konjenital (doğumsal) organ anomalileri
18. İş giysisi ile kişisel koruyucu donanımların kullanılmasına engel olabilecek cilt hastalıkları, bulaşıcı cilt hastalıkları, kronik fungal cilt enfeksiyonları
19. Akut ve/veya kronik radyasyon hastalığı öyküsü
20. Gebelik ve laktasyon dönemi, habitüel düşük ve fetal anomali öyküsü, kronik inflamatuar jinekolojik hastalıklar
21. Ani kapasite düşüşlerine yol açabilecek diğer her türlü bozukluk
 |