

COVID-19 ilişkili İŞ KAZASI ve MESLEK HASTALIĞI

İŞ KAZASI

Başta sağlık çalışanları olmak üzere tüm çalışanların, COVID-19 şüpheli ya da tanılı hasta ile temaslarında, hastadan kendilerinin solunum yollarına, göz mukozasına ya da açık yaralarına olan öksürük, hapşırık ve diğer vücut sıvılarının sıçraması ya da bulaşması veya bunlarla kontamine olmuş kesici delici malzemelerle yaralanma olaylarının tamamı iş kazası olarak değerlendirilmeli ve kayıt altına alınmalıdır.

"**KAZA-OLAY BİLDİRİM FORMU**" doldurularak kurumun Çalışan Sağlığı Birimi (ÇSB)'ne verilmelidir (EK-1). ÇSB tarafından HBYS üzerinde MEDULA 'dan İŞ KAZASI provizyonu alınmalıdır. Bu işlem bildirim niteliğindedir. Ayrıca ICD kodlaması olarak **Z57.8 Mesleki diğer risk faktörlerine maruz kalma** kodu da işaretlenmelidir.

Ayrıca 3 (üç) işgünü içinde yönetici adına ÇSB tarafından "**İŞ KAZASI VE MESLEK HASTALIĞI BİLDİRİM FORMU**" doldurularak da bağlı bulunduğu Sigorta Müdürlüğü Emeklilik Hizmetleri Birimine postayla bildirimde bulunulmalıdır (EK-2)).

Bu iş kazasını geçiren kişilerde takip eden süreçte eğer COVID-19 hastalığı gelişirse bu mevzuatın belirlediği kurullara iletilerek iş kazası sekeli olarak değerlendirilecektir.

MESLEK HASTALIĞI

SARS-CoV-2 maruz kalım riskinin yüksek olduğu işlerde çalışan ve iş kazası olarak değerlendirilmeyen, COVID-19 hastalığı kesin tanısı olan çalışanların mesleki ve çevresel maruz kalımları değerlendirilmelidir. Bu değerlendirmeye göre meslek dışı ekilenimlerle açıklanamayan ve rastantısal olarak değerlendirilmeyen COVID-19 hastalarının mesleki olarak bildirimleri yapılacaktır.

Temaslı sağlık çalışanlarında, COVID-19 virüs tarama testlerinin herhangi birinin (+) olması halinde, iş kazası olarak saptanan bir durum olmadıysa **Z57.8 Mesleki diğer risk faktörlerine maruz kalma** kodlanır.

Klinik, laboratuvar ve/veya radyolojik tetkiklerle COVID-19 tanısı almış olan temaslı bir sağlık çalışanında, HBYS programında, DSÖ tarafından yeni tanımlanmış olan aşağıdaki kodlamalar işaretlenmelidir;

- U07.1 COVID-19, virüs tanımlanmış
- U07.2 COVID-19, virüs tanımlanmamış
 - Klinik epidemiyolojik olarak teşhis edilen COVID-19
 - Olası COVID-19
 - Şüpheli COVID-19

Bu detaylı kodlamaların yer almadığı HBYS veya ABYS programlarında **COVID-19 için U07.3** kodlamasının işaretlenmesi yeterlidir.

COVID-19 tanısı alan sağlık çalışanı için HBYS üzerinde MEDULA'dan MESLEK HASTALIĞI provizyonu alınmalıdır. Bu işlem bildirim niteliğindedir.

Ayrıca yönetici adına SB tarafından "**İŐ KAZASI VE MESLEK HASTALIĞI BİLDİRİM FORMU**" doldurularak da bağlı bulunduğu Sigorta Müdürlüğü Emeklilik Hizmetleri Birimine postayla bildirimde bulunulmalıdır (EK-2).

Kalıcı sekellerin değerlendirilmesi

COVID-19 ilişkili iř kazalarının, maruziyetlerin ve meslek hastalıklarının izleminden sonraki aylarda, nihai raporların hazırlanarak yasal bildirimlerin yapılması için hastaların SGK tarafından yetkilendirilen Meslek Hastanelerine, Eğitim ve Araştırma Hastanelerine veya Devlet niversite Hastanelerine sevk edilmeleri gerekir. Buralarda hazırlanacak Sağlık Kurulu raporları, dayanağı olan tıbbi belgelerle birlikte çalışanın ve kurumunun bağlı bulunduğu İl Sigorta Müdürlüklerine bildirilerek yasal bildirim süreci tamamlanmış olur.



EK-1

KAZA-OLAY BİLDİRİM FORMU	
BİRİM:	
Sağlık Kuruluşu:	Tarih:/..../.....
Tel. :	İl-İlçe :İ
Kaza Geçiren Personelin Adı Soyadı:	Görevi :
T.C. Kimlik No:	Doğum Tarihi:/..../.....
Cinsiyet: E <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	Medeni Hali: Evli <input type="checkbox"/> Bekar <input type="checkbox"/>
İş Kazasının Tarihi-Saati:/..../..... _:_:___	Kaza Anında Yaptığı İş:
Tanıklar (eğer varsa; açık isimleri, görev/unvanları, iletişim bilgileri):	
Olayın Meydana Geldiği Yer (Poliklinik, lab, büro vb) :	
OLAYIN KONUSU	
Düşme-Çarpma-Yaralanma <input type="checkbox"/>	Biyolojik Etkene Maruz Kalma <input type="checkbox"/>
Kimyasal Maddeye Maruz Kalma <input type="checkbox"/>	Kesici-Delici Alet Yaralanmaları* <input type="checkbox"/>
Ofis Kazaları <input type="checkbox"/>	Elektrik Kazaları <input type="checkbox"/>
Yangın/Yanık <input type="checkbox"/>	Trafik/Ulaşım Kazaları <input type="checkbox"/>
Diğer (Belirtiniz):	Patlama <input type="checkbox"/>
KAZANIN OLASI NEDENLERİ	
Yetkisi Olmadan Çalışmak <input type="checkbox"/>	Kullanılan Cihazın Hatalı/Anzalı Olması <input type="checkbox"/>
Ekipman Kullanım Hatası <input type="checkbox"/>	Talimatlara Uymamak <input type="checkbox"/>
Yorgunluk/Uykusuzluk <input type="checkbox"/>	Moral Bozukluğu/Korku/Dalgınlık <input type="checkbox"/>
Yetersiz Uyan/Alarm Sistemi <input type="checkbox"/>	Emniyetsiz İstifleme <input type="checkbox"/>
Uygun Olmayan Hava Şartları <input type="checkbox"/>	Kapatılmamış Boşluklar <input type="checkbox"/>
Emniyetsiz Davranış <input type="checkbox"/>	Kaygan Zemin <input type="checkbox"/>
Yetersiz Aydınlatma <input type="checkbox"/>	Elektrik Sistemlerinde Anza <input type="checkbox"/>
Kötü Hava Koşulları (Rüzgar vb.) <input type="checkbox"/>	Ekipman Kullanım Hatası <input type="checkbox"/>
Gürültü <input type="checkbox"/>	Kişisel Koruyucu Donanım Kullanmamak <input type="checkbox"/>
Disiplinsiz/ Ciddiyetsiz Çalışma <input type="checkbox"/>	Kişisel Koruyucu Donanım Eksikliği/ Uygunsuzluğu <input type="checkbox"/>
Yangın Tehlikesi <input type="checkbox"/>	Yanlış Kaldırma <input type="checkbox"/>
Düzensiz Ortam <input type="checkbox"/>	Uygun Olmayan Hız <input type="checkbox"/>
Yetersiz İkaz Levhası <input type="checkbox"/>	Patlama/Parlama Tehlikesi <input type="checkbox"/>
Diğer (belirtiniz):	Dökülme/ Saçılma <input type="checkbox"/>
KAZA SONUCU YAPILAN İŞLEMLER	
İş Sağlığı Biriminde Yapılan Müdahale/İşlem/Tedavi:	
Personel herhangi bir zaman ve işgücü kaybı olmaksızın işe döndü <input type="checkbox"/>	
Personelgün rapor aldı <input type="checkbox"/>	Kaza Sonucu Ölüm <input type="checkbox"/> Diğer (Belirtiniz) <input type="checkbox"/>
Birim Amirinin Adı Soyadı ve İmzası	Tarih:/..../.....
<small>Sağlık kuruluşları tarafından hazırlanarak; Sosyal Güvenlik Kurumuna bildirilecektir. *Sağlık Hizmeti sunulan alanlarda delici kesici alet yaralanmalarında, yaralanan çalışanın Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniklerine başvurması gerekmektedir.</small>	
SÇ.FR.13	Yayın Tarihi:02.05.2018 Revizyon Tarihi:19.09.2018 Revizyon No:01

EK-2:



T.C. SOSYAL GÜVENLİK
KURUMU
Emeklilik Hizmetleri Genel
Müdürlüğü

Belgenin Düzenlendiği Tarih :. / . / .

Belgenin Düzenlendiği Sayı :

İŞ KAZASI VE MESLEK HASTALIĞI BİLDİRİM FORMU

İşyeri Bilgileri:

İş Yeri No:	
İşyeri bağlı Bulunduğu Ünite:	
İşyeri bağlı Bulunduğu İl:	
Vergi Dairesi Adı:	
Vergi Dairesi No:	
Kaza Günü İşyeri Vardiya Başlangıç Saati:	
Kaza Günü İşyeri Vardiya Bitiş Saati:	
İş Yeri Adres:	
İş Yeri Unvan:	
İş Yeri Tel:	
İş Yeri Faks:	
Kaza Sonrası İş Yerinin Durumu:	

Sigortalı Bilgileri:

Adı Soyadı:	
Tc Kimlik No:	
Sicil No:	
Doğum Tarihi:	
Medeni Hali:	
Uyruğu:	
Son İşe Giriş Tarihi:	
İlk İşe Giriş Tarihi:	
Öğrenim Durumu:	
Mesleği:	
Görevi:	
Ücretli İzin Gün Sayısı:	
Prim Ödeme Durumu:	
Adresi:	
İl/İlçe:	
İstihdam Durumu:	
Faks:	
Tel:	
E-posta:	
Sigortalını Yakınının Adı Soyadı:	



	T.C. Kimlik Numarası:			
	Adresi:			
Mesleki Eğitim Almış mı?:				
İş Sağlığı ve Güvenliği Eğitimi Almış mı?:				
Kaza Günü İşbaşı Saati:				
Sigortalı Kazadan Sonra Ne Yaptı?:				
İşi Bırakma Tarihi:		İşi Bırakma Saati:		
Kaza Anında Yürütmekte Olduğu Genel Faaliyet:				
Kaza Anında Yürütmekte Olduğu Özel Faaliyet:				
Özel Faaliyet Sırasında Kullandığı Araç/Gereç:				
Yaralanmaya Neden Olan Olay:				
Yaranın Türü:				
Yaranın Vücuttaki Yeri:				
Yaralanmaya Neden Olan Araç/Gereç:				
Kaza Sonucu İş Göremezliği:				
Kaza Sonucu İş Göremezlik Durumu:				
Kazadan Dolayı İşgünü Kaybı:				
Kazanın Gerçekleştiği Yer:				
Kazanın Gerçekleştiği Ortam:				
Çalışılan Ortam:				
Çalışılan Çevre:				
Tıbbi Müdahale Yapıldı mı? :				
Tıbbi Müdahale Yapan Kişi:		Tıbbi Müdahale Yapılan Yer:		
Tıbbi Müdahale Yapılan İl:		Tıbbi Müdahale Yapılan İlçe:		
Tıbbi Müdahale Yapılan Tarih:		Tıbbi Müdahale Yapılan Saat:		
Bildirim Tarihi:		Bildirim Saati:		
İş Kazası Bildirim Bilgileri:				
Bildirimi Hazırlayan:				
Tc Kimlik No:		Adı:		
Soyadı:		Tel:		
Faks:		E-posta:		
Bildirilen İşçi Sayısı:	Erkek:		Kadın:	
	Çocuk:		Hükümlü:	
	Eski Hükümlü:		Terör Mağduru:	



	Stajyer/ Çırac:		Özürlü:	
	Toplam:			
İş Kazası Bilgileri:				
Kazaya Uğrayan Kişi Sayısı:				
Kaza İl:	İstanbul	Kaza İlce:	Küçükçekmece	
Kaza Saati:		Kaza Tarihi:		
Kaza Adres:	Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi			
Kazanın Gerçekleştiği Yer/Bölüm:				
Kaza Sebebi Açıklama:				
Kaza Sebebi:				
Kazaya Sebep Olan Araç/Gereç:				