



TC.
ÇİFTLİKKÖY KAYMAKAMLIĞI
MESLEKİ EĞİTİM MERKEZİ
MÜDÜRLÜĞÜ

KAYNAKLARIN TESPİTİ VE TEMİNİ FORMU

| | |
|---------------|-------------|
| Dök. No : | FR.02 |
| Yayın No : | 01 |
| Yayın Tarihi | 04.09.2020 |
| Rev. No : | 00 |
| Rev. Tarihi : | |
| Sayfa No : | Sayfa 1 / 1 |

Kuruluş, Hijyen, enfeksiyon önleme ve kontrolünün oluşturulması, uygulanması, sürekliliğinin sağlanması için ihtiyaç duyulan kaynakları tespit ve temin etmiş mi?

Evet

Hayır

Bu kaynaklar; salgın hastalığa göre yetkili otoritelerce belirlenmiş ve belirtilerin tespiti için kullanılacak (temassız ateş ölçer vb.) kaynaklar, hijyen için gerekli kaynaklar (su, sabun, en az %70 alkol içeren dezenfektan, el antiseptiği, kolonya vb.) izolasyon için gerekli kaynaklar (maske, eldiven, yüz koruyucu vb.) ile atık yönetimi için gerekli kaynaklar (kapaklı atık kumbaraları vb.) içermekte mi?

Evet

Hayır

Murat YILMAZ
Müdür Yardımcısı

Hazırlayan
Hijyen ve Enfeksiyon Önleme Sorumlusu

Onaylayan
Okul Müdürü



T.C.
ÇİFTLİKKÖY KAYMAKAMLIĞI
MESLEKİ EĞİTİM MERKEZİ
MÜDÜRLÜĞÜ

EĞİTİM FORMU

| | |
|----------------------|-------------|
| Dök. No : | FR.03 |
| Yayın No : | 01 |
| Yayın Tarihi | 20.08.2020 |
| Rev. No : | 00 |
| Rev. Tarihi : | |
| Sayfa No : | Sayfa 1 / 2 |

KURUMUN

ADI

ADRESİ

EĞİTİM

TARİHİ

SÜRESİ

YERİ

Okul Toplantı Salonu

KONULAR

EĞİTİME KATILANLARIN

S. No

ADI SOYADI

GÖREVİ /SINIFI

İMZA

1.

2.

3.

4.

5.

6.

7.

8.

9.

10.

11.

12.

13.

Hazırlayan
HEÖK Sorumlusu

Onaylayan
Okul Müdürü



TC.
ÇİFTLİKKÖY KAYMAKAMLIĞI
MESLEKİ EĞİTİM MERKEZİ
MÜDÜRLÜĞÜ

EĞİTİM FORMU

| | |
|---------------|-------------|
| Dök. No : | FR.03 |
| Yayın No : | 01 |
| Yayın Tarihi | 20.08.2020 |
| Rev. No : | 00 |
| Rev. Tarihi : | |
| Sayfa No : | Sayfa 2 / 2 |

| | | | |
|-----|--|--|--|
| 14. | | | |
| 15. | | | |
| 16. | | | |
| 17. | | | |
| 18. | | | |
| 19. | | | |
| 20. | | | |
| 21. | | | |


EĞİTİM VERENİN

| ADI SOYADI | UNVANI | İMZASI |
|------------|--------|--------|
| | | |

*** Salgın hastalık dönemlerinde (COVID-19 vb.) hastalık kaynağının (virüs vb.) bulaş yolları ve önlenmesine yönelik çalışanların/öğrencilerin düzenli eğitimi, uygun hijyen ve sanitasyon şartları ile korunma önlemleri ve salgın hastalık farkındalığı sağlanmış mı? Sorusuna cevap verecek düzeyde form üzerinde düzenleme yapılabilir.

Hazırlayan
HEÖK Sorumlusu


Onaylayan
Okul Müdürü

| | | |
|---|---|--------------------------------|
|  | TC. ÇİFTLİKKÖY KAYMAKAMLIĞI MESLEKİ EĞİTİM MERKEZİ MÜDÜRLÜĞÜ | Dök. No : FR.04 |
| | | Yayın No : 01 |
| | | Yayın Tarihi 20.08.2020 |
| | | Rev. No : 00 |
| | VELİ BİLGİLENDİRME VE TAAHÜTNAME FORMU | Rev. Tarihi : |

| ÖĞRENCİNİN | |
|---|--------------------------|
| ADI SOYADI | |
| SINIF / OKUL NO | |
| ÖĞRENCİ VELİSİNİN | |
| ADI SOYADI | |
| YAKINLIĞI | |
| BİLGİLENDİRME KONULARI | BİLGİ EDİNDİM |
| Çeşitli salgın hastalık semptomları (ateş, öksürük, burun akıntısı, solunum sıkıntısı, ishal vb.) gösteren öğrencilerin okula gönderilmemesi, okul bilgi verilmesi ve sağlık kuruluşlarına yönlendirilmesi | <input type="checkbox"/> |
| Aile içerisinde salgın hastalık (COVID-19 vb.) belirtisi (ateş, öksürük, burun akıntısı, solunum sıkıntısı gibi) ya da tanısı alan, temaslı olan kişi bulunması durumunda okula ivedilikle bilgi verilmesi ve öğrencinin okula gönderilmemesi | <input type="checkbox"/> |
| Öğrencilerin bırakılması ve alınması sırasında personel ve velilerin salgın hastalık dönemi önlemlerine (sosyal mesafe kuralları, maske kullanımı vb.) uyması | <input type="checkbox"/> |
| Mümkünse her gün aynı velinin öğrenciyi alması ve bırakması | <input type="checkbox"/> |
| Salgın hastalık dönemlerine özgü riskli gruplarda yer alan (büyükanne/büyükbaba gibi 65 yaş üstü kişiler veya alta yatan hastalığı olanlar vb.) kişilerin öğrencileri bırakıp almaması | <input type="checkbox"/> |
| Kuruluşa giriş/çıkış saatlerinde öğrencilerin veliler tarafından kuruluş dışında teslim alınıp bırakılması | <input type="checkbox"/> |
| Belirlenen yöntem ve ortaya konan şartların uygulamaların sürekliliği, kontrol altına alınması | <input type="checkbox"/> |
| Çocuğumun ateş, öksürük, burun akıntısı, solunum sıkıntısı, ishal şikayeti olması durumu ile aile içerisinde solunum yolu şikayetleri gelişen veya solunum yolu enfeksiyonu hikayesi ile hastane yatışı yapılan kişi varlığında ya da COVID-19 tanısı alan kişi bulunması durumunda çocuğumu kuruma getirmemem ve bu durumu okula bildirmem gerektiği konusunda bilgilendirildim. Yukarıda belirtilen durumlarda çocuğumu okula getirmeyeceğimi ve getirmeme sebebimi okul yönetimine bildirmeyi kabul ve taahhüt ederim. .../... / 20... | |
| ADI SOYADI : İMZASI : | |

Hazırlayan
HEÖK Sorumlusu

Onaylayan
Okul Müdürü

| | | |
|---|---|--------------------------------|
|  | TC. ÇİFTLİKKÖY KAYMAKAMLIĞI MESLEKİ EĞİTİM MERKEZİ MÜDÜRLÜĞÜ | Dök. No : FR.05 |
| | | Yayın No : 01 |
| | | Yayın Tarihi 20.08.2020 |
| | | Rev. No : 00 |
| | KİŞİSEL KORUYUCU DONANIM(KKD) ZİMMET FORMU | Rev. Tarihi : |
| Sayfa No : Sayfa 1 / 1 | | |

İşyerinde, görev yaparken kullanılmak üzere tarafıma teslim edilen aşağıdaki listede belirtilen kişisel koruyucu donanımları kullanılır ve sağlam vaziyette teslim aldım.

| S.N. | MALZEMENİN ADI | MALZEMENİN ÖZELLİKLERİ VE DETAYLARI | TESLİM TARİHİ | İMZA |
|------|--------------------------------------|-------------------------------------|---------------|------|
| 1 | <input type="checkbox"/> İş Elbisesi | | | |
| 2 | <input type="checkbox"/> Tıbbi Maske | | | |
| 3 | <input type="checkbox"/> Siperlik | | | |
| 4 | <input type="checkbox"/> Toz Maskesi | | | |
| 5 | <input type="checkbox"/> Eldiven | | | |
| 6 | <input type="checkbox"/> Diğer | | | |

Tarafıma teslim edilen kişisel koruyucu donanımları;

- Nasıl ve ne şekilde kullanılacağına uygulamalı olarak eğitimini aldım,
 - Kullanmadığım zaman karşılaştığım sağlık risklerini, tehlikeleri ve yaptırımlar konusunda, amir ve İSG yetkililerinden gerekli eğitimi, bilgileri ve yönlendirici ikazları aldım.
 - İş sahasında, iş başlangıcından sonuna kadar kullanacağımı,
 - Kullanmadığım takdirde kendime, üçüncü şahıslara ve işletmeye vereceğim zarardan ve bu nedenle meydana gelebilecek kazalardan tümüyle sorumlu olacağımı,
 - Her türlü hukuki sorumluluğun kendime ait olduğunu,
 - Kişisel Koruyucu Donanımlara kasıtlı olarak zarar vermem halinde rayiç bedelini ödeyeceğime,
 - Kişisel koruyucu donanımları gösterilen yerde muhafaza edeceğimi,
 - Kendi kusurum nedeniyle hasar görmesi durumunda da derhal amirimden veya yenisi ile değiştirilmek üzere KKD deposundan temin edeceğimi,
 - Gerektiğinde (eskidiğinde, kullanılmaz hale geldiğinde) değiştirmek üzere depoya eskisini getirerek müracaat edeceğimi
- Kabul, beyan ve taahhüt ederim. / / 20...

Teslim Alan

Adı ve Soyadı :

Görevi :

İmza :

Teslim Eden

Adı ve Soyadı :

Görevi :

İmza :

**Hazırlayan
HEÖK Sorumlusu**

**Onaylayan
Okul Müdürü**



**TC.
ÇİFTLİKKÖY KAYMAKAMLIĞI
MESLEKİ EĞİTİM MERKEZİ
MÜDÜRLÜĞÜ**

ANTİSEPTİK KONTROL FORMU

| | |
|----------------------|-------------|
| Dök. No : | FR.06 |
| Yayın No : | 01 |
| Yayın Tarihi | 20.08.2020 |
| Rev. No : | 00 |
| Rev. Tarihi : | |
| Sayfa No : | Sayfa 1 / 1 |

ANTİSEPTİK KONTROL FORMU

| El Antiseptiğinin Montaj Tarihi | | ... / ... / 20..... | | | | | | | | | |
|---|---|---------------------|---|-------|---|-------|---|-------|---|-------|---|
| El Antiseptiğinin Dolum Tarihi | | ... / ... / 20..... | | | | | | | | | |
| El Antiseptiğinin Kontrol Tarihi | | ... / ... / 20..... | | | | | | | | | |
| SN | EL ANTİSEPTİĞİ KONTROL İŞLEMLERİ | 1.Kat | | 2.Kat | | | | | | | |
| | | E | H | E | H | E | H | E | H | E | H |
| 1 | El Antiseptiği belirlenen yerinde duruyor mu? | | | | | | | | | | |
| 2 | Uygun yükseklikte asılmış mı? | | | | | | | | | | |
| 3 | El Antiseptiğinin kullanım talimatları okunabilir şekilde asılmıştır. | | | | | | | | | | |
| 4 | El Antiseptiğinin eksilmesi durumunda dolum zamanında yapılıyor mu? | | | | | | | | | | |

Yukarıda, Kurumumuzdaki Yeri/No belirtilmiş El Antiseptiklerinin kontrolleri tarafımızdan yapılmış olup, kullanıma hazır Olduğu/Olmadığı tespit edilmiştir.


Murat YILMAZ
Müdür Yardımcısı

..... / /20...

Sıddık OKAY
Merkez Müdürü

Hazırlayan
HEÖK Sorumlusu

Onaylayan
Okul Müdürü

| | | | |
|---|---|----------------------|-------------|
|  | TC. ÇİFTLİKKÖY KAYMAKAMLIĞI MESLEKİ EĞİTİM MERKEZİ MÜDÜRLÜĞÜ | Dök. No : | FR.08 |
| | | Yayın No : | 01 |
| | | Yayın Tarihi | 20.08.2020 |
| | | Rev. No : | 00 |
| | | Rev. Tarihi : | |
| | ZİYARETÇİ/ TEDARİKÇİ BİLGİLENDİRME FORMU | Sayfa No : | Sayfa 1 / 1 |

| ZİYARETÇİNİN/TEDARİKÇİNİN ADI SOYADI | | |
|--|--|--------------------------|
| ADI SOYADI | | |
| İLETİŞİM | | |
| BİLGİLENDİRME KONULARI | | BİLGİ EDİNDİM |
| Çeşitli salgın hastalık semptomları (ateş, öksürük, burun akıntısı, solunum sıkıntısı, ishal vb.) gösteren ziyaretçi ve tedarikçilerin okula/kuruma alınmaması ve sağlık kuruluşlarına yönlendirilmesi gerekmektedir. | | <input type="checkbox"/> |
| Okul/kurum içinde mecbur kalmadıkça yüzeylere dokunmamalıdır. Dokunulduğunda el antiseptiği kullanılmalıdır. | | <input type="checkbox"/> |
| Ziyaretçilerin ve tedarikçilerin salgın hastalık dönemi önlemlerine (sosyal mesafe kuralları, maske kullanımı vb.) uyması | | <input type="checkbox"/> |
| Tüm ziyaretçiler maskeli olarak okul/kurumlara giriş yapmalıdır. | | <input type="checkbox"/> |
| Tüm ziyaretçilerin ve tedarikçilerin vücut sıcaklığı ölçülmelidir. Bakanlık genelgesine uygun olarak 37.5 C ve üzeri ateşi tespit edilen çalışanların İşyerine girişi mümkün olmamalıdır. Yüksek ateş tespiti halinde, karantina odasında veya belirlenmiş benzeri bir alanda izolasyon sağlanarak derhal 112 aranmalıdır. | | <input type="checkbox"/> |
| Ziyaretçilerin ve tedarikçilerin okul/kurum içinde mümkün olduğu kadar kısa süre kalması sağlanmalıdır. | | <input type="checkbox"/> |
| Ziyaretçi kartları temizlik dezenfektasyon filan programları doğrusunu dezenfekte edilmelidir. | | <input type="checkbox"/> |
| Eğitim Kurumlarında Hijyen Şartlarının Geliştirilmesi ve Enfeksiyon Önleme Kontrol Kılavuzunda belirtilen Ziyaretçi ve Tedarikçi Taahhütnamesini okudum anladım. Alınan tedbirlere uyacağımı ve gerekli itinaı göstereceğimi taahhüt ederim. | | |
| ADI SOYADI : | | İMZASI : |

Hazırlayan
HEÖK Sorumlusu

Onaylayan
Okul Müdürü