|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **TEHLİKE-RİSK BİLDİRİMi (RAMAK KALA OLAY) FORMU** | | | | | | | | | | | | | |
| **Birimin Adı: Tarihi: / /2023** | | | | | | | | | | | | | |
| **Tehlike-Riskin Adı:** | | | | | | | | | | | | | |
|  | **TEHLİKENİN TANIMI (Açıklayınız):** | | | | | | | | | | | | |
| **Mevcut Riskten kimler zarar görebilir? :** | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| **ŞİDDET** | | |  | **İHTİMAL** | | | |  | **FREKANS** | | |  |
| Skor | Açıklama | | Skor | |  | |  | Skor |  | |
| 100 | Birden fazla ölümlü kaza/çevresel felaket |  | 10 | | Beklenir/Kesin |  |  | 10 | Hemen hemen sürekli (bir saatte birkaç defa) |  |
| 40 | Öldürücü Kaza/ciddi çevresel zarar |  | 6 | | Yüksek/Oldukça mümkün |  |  | 6 | sık (günde bir veya birkaç defa) |  |
| 15 | kalıcı hasar/ciddi yaralanma/iş kaybı |  | 3 | | Olası |  |  | 3 | ara sıra (haftada bir veya birkaç defa) |  |
| 7 | Önemli hasar/ yaralanma dış ilk yardım ihtiyacı |  | 1 | | Mümkün fakat düşük |  |  | 2 | sık değil (ayda bir veya birkaç defa |  |
| 3 | Küçük hasar/hafif yaralanma/dahili ilk yardım |  | 0,5 | | Beklenmez fakat mümkün |  |  | 1 | seyrek (yılda birkaç defa) |  |
| 1 | Hasarsız olay |  | 0,2 | | Beklenmez |  |  | 0,5 | çok seyrek(yılda bir veya daha seyrek) |  |
|  | |  | |  | | | | | | | | |
| **Risk Skoru (Şiddet x İhtimal x Frekans) =** | | | | | | | | | | | | | |
| **Mevcut tehlikenin olumsuz sonuçlarından korunmak için hangi yönteme başvurulmalıdır? (Öneriniz):** | | | | | | | | | | | | | |
|  | Tehlikenin ortadan kaldırılması | | |  | | **Açıklaması:** | | | | | | |  |
|  | Kişilerin Tehlikeden uzak tutulması | | |  | |  |
|  | Tehlikenin çembere alınması | | |  | |  |
|  | Çalışanların maruziyetinin azaltılması | | |  | |  |
|  | İş sisteminin iyileştirilmesi | | |  | |  |
|  | Kişisel Koruyucu Donanım Kullanımı | | |  | |  |
|  | Eğitim | | |  | |  |
|  | Diğer: | | |  | |  |
| **Bildirim Yapan**  Adı- Soyadı:  Görevi:  İmza: | | | | | | | | | | | | | |

*Not: Bu formu, İş Sağlığı ve Güvenliği Birim görevlisine ulaştırınız.*