**COVID-19 PANDEMİ SÜRECİNDE 1.BASAMAK BİLGİ TOPLAMA FORMU**

**İlçe Sağlık Müdürlüğü/Toplum Sağlığı Merkezi/Entegre DH**

Formun Doldurma Tarihi: …/…/2020

1. İl:
2. İlçe:
3. Kurum: İlçe SM ( ) TSM ( ) EDH ( )
4. Kurumunuzdaki toplam sağlık çalışanı sayısı: ………………
   1. Hekim sayısı: ……..
   2. Diğer sağlık emekçisi sayısı: ……….
5. Kurumunuza bağlı nüfus:
6. Bugüne kadar kayıtlara geçen COVID-19 kesin/kuşkulu olgu sayısı (**yaklaşık**): ……...
7. Bugüne kadar kayıtlara geçen COVID-19 vefat sayısı (**yaklaşık**): …………
8. Kişisel koruyucu donanımın (KKD) Sağlık Müdürlüğü tarafından ilk kez gönderildiği tarih: …/…/2020

İlk gönderilen KKD çeşit ve miktarı :

* 1. Cerrahi maske:
  2. N95 maske:
  3. Siperlik:
  4. Önlük:
  5. Tulum:
  6. Eldiven:

1. Sağlık Müdürlüğü tarafından sağlanan **toplam** KKD sayıları:
   1. Cerrahi maske:
   2. N95 maske:
   3. Siperlik:
   4. Önlük:
   5. Tulum:
   6. Eldiven:
2. KKD sağlanan sağlık müdürlüğü dışındaki kaynaklar ve miktarları:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **KKD** | **KAYNAK** | **SAYI** |
| Cerrahi maske: | …………. | …………. |
| N95 maske: | …………. | …………. |
| Siperlik: | …………. | …………. |
| Önlük: | …………. | …………. |
| Tulum: | …………. | …………. |
| Eldiven: | …………. | …………. |

1. Sağlık Müdürlüğü tarafından dezenfektan ve el antiseptiği ilk kez gönderildiği tarih ve miktarı : …/…/2020 ………… (Litre)
2. Sağlık Müdürlüğü tarafından **bugüne kadar** sağlanan;
   1. Dezenfektan miktarı: ………. . (Litre)
   2. El antiseptiği miktarı: ………… (Litre)
3. Dezenfektan ve el antiseptiği sağlanan sağlık müdürlüğü dışındaki kaynaklar ve miktarları:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **MALZEME** | **KAYNAK** | **MİKTAR** (Litre) |
| Dezenfektan: | …………. | …………. |
| El antiseptiği: | …………. | …………. |

1. COVID-19 pandemisi ile ilgili eğitimler:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **EĞİTİM TARİHİ** | **EĞİTİMİN KONUSU** | **EĞİTİMİ DÜZENLEYEN** | **YÖNTEM (YÜZ YÜZE / ONLINE)** | **KATILIMCI HEDEFİ (HEKİM, HEMŞİRE, EBE, VB.)** | **KATILIMCI SAYISI** |
| …/…/2020 | …………. | …………. | …………. | …………. | …………. |
| …/…/2020 | …………. | …………. | …………. | …………. | …………. |
| …/…/2020 | …………. | …………. | …………. | …………. | …………. |
| …/…/2020 | …………. | …………. | …………. | …………. | …………. |
| …/…/2020 | …………. | …………. | …………. | …………. | …………. |

1. İlçenize tanı testinin gönderildiği ilk tarih: …/…/2020 (Hangi test: ……………)
2. İlçenize PCR testinin yapılmaya başladığı ilk tarih: …/…/2020
3. İlçenizde PCR testinin yapıldığı kurum(lar) :

a. ………………. b. …………….. c. ……………….. d. ………………

1. Kurumunuz çalışanlarına kontrol amaçlı PCR testi uygulandı mı?:

Uygulandıysa kaç kez uygulandı?:

İlk uygulandığı tarih: …/…/2020

1. Çalıştığınız birimde enfekte olan sağlık çalışanı sayısı:
   1. Hekim:
   2. Diğer sağlık çalışanları:
2. COVID-19 kuşkulu olgu ilk başvuru tarihi: …/…/2020
3. Bugüne kadar olası/kuşkulu COVID-19 olgu sayısı (**yaklaşık**):
4. Olası/kuşkulu COVID-19 olguları başvurduğunda izlenen algoritma:
5. Temaslı izlemine ilk başladığınız tarih: …/…/2020
6. Bugüne kadar izlenen temaslı sayısı (**yaklaşık**): …………….
7. Bugüne kadar ulaşılamayan/izlemi yapılamayan temaslı kişi sayısı (**yaklaşık**): …….

İzlem yapılamamasın nedenleri: …………..

1. Temaslı izlenmesinde yöntem (yüz yüze/ telefonla) ve süre (her gün, gün aşırı vb.)

……………………………………………………………….

1. COVID-19’un ikincil etkisine ilişkin gözlemler

Azaldı Değişmedi Arttı Fikrim yok

* 1. COVID-19 dışı hastaların başvurusu: ( ) ( ) ( ) ( )
  2. Aile planlaması hizmetleri: ( ) ( ) ( ) ( )
  3. Aşılama hizmetleri: ( ) ( ) ( ) ( )
  4. Kanser taramaları: : ( ) ( ) ( ) ( )
  5. Tahlil baktırmak isteyenler: ( ) ( ) ( ) ( )
  6. Kronik hastalıklar : ( ) ( ) ( ) ( )
  7. Depresyon, anksiyete : ( ) ( ) ( ) ( )
  8. Aile içi şiddet : ( ) ( ) ( ) ( )
  9. Sağlık Raporları : ( ) ( ) ( ) ( )
  10. Diğer (.………………) : ( ) ( ) ( ) ( )

1. Pandemi sürecinde mesai saatleri?

Arttı ( ) Azaldı ( ) Değişmedi ( )

Arttıysa günlük ortalama çalışma süreniz **ne kadar arttı**: …………..saat/gün

Haftalık(7 gün) **toplam çalışma süreniz** ne kadar: …………..saat/hafta

1. Dönüşümlü çalışma olanağı sağlandı mı?

Evet ( ) Hayır ( )

1. Kronik hastalığı olanlar, gebeler ve emzirenler için ücretli idari izin imkanı oldu mu?

Evet ( ) Hayır ( )

1. İdari izin, COVID-19 izolasyonu, hastalık vb nedenlerle izne ayrılanların yerine görevlendirme yapıldı mı?

Evet kurum içi ( ) Evet kurum dışı ( ) Hayır ( )

1. Pandemi sırasında her hangi bir ek ödeme yapıldı mı? Yapıldıysa tutarı?

Hayır ( ) Evet ( ) Hekimler için: ………………. Hekim dışı sağlık emekçisi için: ……………… TL

1. COVID-19 pandemisi sürecinde yaşanan sıkıntılar:

…………………………………..

…………………………………

…………………………………..

1. Bundan sonraki süreç için öneriler:

…………………………………..

…………………………………..

…………………………………..

İlçe Sağlık Müdürlükleri için:

1. Organize sanayi bölgesinde 50’nin **üzerinde** çalışanı olan iş yerlerinde filyasyon yaptınız mı?

Hayır ( ) Evet ( ) ise toplam kaç kişi? …………….

1. Organize sanayi bölgesinde 50’nin **altında** çalışanı olan iş yerlerinde filyasyon yaptınız mı?

Hayır ( ) Evet ( ) ise toplam kaç kişi? …………….

1. Pandemisi sırasında işçi sağlığı iş güvenliği yönünden işyeri denetimi yaptınız mı?

Hayır ( ) Evet ( ) ise toplam kaç iş yeri? …………….

1. **Pandemi tedbirlerini** denetlemek amacıyla işyeri denetimi yaptınız mı?

Hayır ( ) Evet ( ) ise toplam kaç iş yeri? …………….

Teşekkür ederiz.