



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
HALK SAĞLIĞI
GENEL MÜDÜRLÜĞÜ

Ulusal Sağlık Hizmeti İlişkili Enfeksiyonlar Sürveyans Ağı (USHİESA) Başvuru Formu (İnflne)

Güncelleme Tarihi:
08/04/2019

Sayfa No:1 / 1

BİRİM

BULAŞICI HASTALIKLAR DAİRE BAŞKANLIĞI
SAĞLIK HİZMETİ İLİŞKİLİ ENFEKSİYONLARI ÖNLEME VE KONTROL BİRİMİ

Sayın İlgili;

.....
.....hastanesi / kurumu adına aşağıda bilgileri yer alan enfeksiyon kontrol
hekimisi/hemşiresi için sisteme üyelik tanımlaması yapılmasını arz ederim.

T.C. Kimlik Numarası:		
Adı Soyadı:		
İl Plaka Kodu:		
Kurum Adı:		
Kurum ÇKYS Kodu:		
Görevi:		
E-Posta:		
Cep Telefonu:		
EK Hemşireliği Sertifikası:	VAR ()	YOK ()
Sertifika Hak Ediş Tarihi: (Girilen Sınav Tarihi)		
Yatak Sayısı:		
Toplam YBÜ Yatak Sayısı (2. ve 3. Basamak):		

*Sisteme yeni kullanıcı başvurusunda bulunmak için; yukarıdaki bilgilerin doldurulması, komite başkanına/enfeksiyon kontrol hekimine ya da kurum yöneticisine onaylatıldıktan sonra enfeksiyon@saglik.gov.tr adresine gönderilmesi gerekmektedir.

HAZIRLAYAN

.../.../20...

Adı Soyadı :
Unvan/Görevi:
İmza :

ONAYLAYAN

.../.../20...

Adı Soyadı :
Unvan/Görevi :
İmza :