

## OFİS KONTROL LİSTESİ

| Kontrol Yapılan Yer Bilgisi |  | Kontrol Yapan Kişi Bilgisi |  |
|-----------------------------|--|----------------------------|--|
| Ofis numarası               |  | Adı                        |  |
| Kontrol Tarihi              |  | Soyadı                     |  |
| Birim                       |  | İmza                       |  |

| Tehlike Kaynağı                                                                                    | Kontrol Soruları                                                                                                         | Var/Evet<br>Yok/Hayır | Yapılması gereken uygulamalar | Sorumlu Kişi | Termin |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-------------------------------|--------------|--------|
| <b>ZEMİN / TAVAN / DUVAR</b>                                                                       | Zemin odayı kullanan kişilere zarar vermeyecek şekilde kaymayı ve düşmeyi önleyecek tarzda bir malzeme ile kaplanmış mı? |                       |                               |              |        |
|                                                                                                    | Zeminde herhangi bir deformasyon var mı?                                                                                 |                       |                               |              |        |
|                                                                                                    | Zeminler, periyodik olarak kontrol ediliyor mu?                                                                          |                       |                               |              |        |
|                                                                                                    | Duvarlar belli aralıklarla boyanıyor mu?                                                                                 |                       |                               |              |        |
|                                                                                                    | Tavanda herhangi bir deformasyon ya da çökmeye sebep olacak bir durum var mı?                                            |                       |                               |              |        |
| <b>KİTAPLIK/RAFLAR</b>                                                                             | Oda içerisinde bulunan raflar/kitaplık düşmeyi engelleyecek şekilde sabitlenmiş mi?                                      |                       |                               |              |        |
| <b>ELEKTRİK/ELEKTRİKLİ<br/>ALETLER/ELEKTRİK<br/>KABLOLARI VE<br/>PRİZLER/ELEKTRİK<br/>PANOLARI</b> | Elektrik kablolarında hasar/deformasyon var mı?                                                                          |                       |                               |              |        |
|                                                                                                    | Kablolar, bağlantı kabloları ile uzatılmış mı?                                                                           |                       |                               |              |        |
|                                                                                                    | Elektrik prizleri kapaklı mı?                                                                                            |                       |                               |              |        |
|                                                                                                    | Elektrik kabloları düzenli mi?                                                                                           |                       |                               |              |        |
|                                                                                                    | Elektrik kabloları kanal içine alınmış mı?                                                                               |                       |                               |              |        |
|                                                                                                    | Kaçak akım rölesi ana hatta bağlı mı?                                                                                    |                       |                               |              |        |
|                                                                                                    | Elektrikli ısıtıcıların/ çaydanlıkların otomatik kapanma sistemi var mı?                                                 |                       |                               |              |        |

**OFİS KONTROL LİSTESİ**

| Kontrol Yapılan Yer Bilgisi |  | Kontrol Yapan Kişi Bilgisi |  |
|-----------------------------|--|----------------------------|--|
| Ofis numarası               |  | Adı                        |  |
| Kontrol Tarihi              |  | Soyadı                     |  |
| Birim                       |  | İmza                       |  |

|                                                       |                                                                                                                       |  |  |  |  |
|-------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|
|                                                       | Elektrikli ısıtıcıların/çaydanlıkların belli aralıklarla kontrolü gerçekleştiriliyor mu?                              |  |  |  |  |
|                                                       | Elektrikli aletler kullanım kılavuzuna uygun kullanılıyor mu?                                                         |  |  |  |  |
|                                                       | Oda içerisindeki kişi/kişiler elektrikli aletlerin doğru kullanımı hakkında bilgilendirildi mi?                       |  |  |  |  |
| <b>YANGIN TÜPLERİ/ALARM-DUMAN ALGILAMA SİSTEMLERİ</b> | Odalarda duman/ısı algılama sistemi bulunuyor mu?                                                                     |  |  |  |  |
| <b>AYDINLATMA</b>                                     | Oda içerisinde aydınlatma yeterli mi?                                                                                 |  |  |  |  |
|                                                       | Bütün aydınlatma cihazları çalışıyor mu?                                                                              |  |  |  |  |
|                                                       | Seyyar aydınlatma cihazları uygun şekilde sabitlenmiş ve konumlandırılmış mı?                                         |  |  |  |  |
| <b>HAVALANDIRMA</b>                                   | Oda, düzenli olarak havalandırılıyor mu?                                                                              |  |  |  |  |
|                                                       | Oda içerisinde yeterli pencere bulunuyor mu?                                                                          |  |  |  |  |
|                                                       | Pencereler, kullanılabilir durumda mı?                                                                                |  |  |  |  |
|                                                       | Oda içerisindeki termal konfor şartları çalışanları rahatsız etmeyecek şekilde ayarlanabiliyor mu?                    |  |  |  |  |
|                                                       | Oda içerisindeki havalandırma klima ile yapılıyorsa filtrelerin bakımları/periodyok kontrolleri düzenli yapılıyor mu? |  |  |  |  |
|                                                       | Odanın temizliği için görevlendirilen bir eleman bulunuyor mu?                                                        |  |  |  |  |

## OFİS KONTROL LİSTESİ

| Kontrol Yapılan Yer Bilgisi |  | Kontrol Yapan Kişi Bilgisi |  |
|-----------------------------|--|----------------------------|--|
| Ofis numarası               |  | Adı                        |  |
| Kontrol Tarihi              |  | Soyadı                     |  |
| Birim                       |  | İmza                       |  |

|                           |                                                                                                                                                                                |  |  |  |  |
|---------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|
| TEMİZLİK/DÜZEN            | Önemli evrakların bulunduğu dolaplara önem derecelerine göre yangında ilk kurtarılabilecekler, ikinci ve üçüncü kurtarılabilecekler bilgilendirme işaretleri yapıştırılmış mı? |  |  |  |  |
|                           | Görevlendirilen personel temizlik esnasında kişisel koruyucu donanım kullanıyor mu?                                                                                            |  |  |  |  |
|                           | Oda, düzenli olarak görevli tarafından temizleniyor mu?                                                                                                                        |  |  |  |  |
|                           | Odanın temizlenmesi esnasında kullanılan kimyasalların zararlı etkileri konusunda temizlik elemanları bilgilendirildi mi?                                                      |  |  |  |  |
|                           | Temizlik esnasında kaymaya, düşmeye sebep olacak bir ortam oluşuyor mu?                                                                                                        |  |  |  |  |
|                           | Oda içerisinde bulunan mobilyalar, araç gereçler düzenli olarak kontrol ediliyor mu?                                                                                           |  |  |  |  |
|                           | Oda içerisinde çalışanların rahatlıkla hareket edebileceği yeterli genişlikte alan bulunuyor mu?                                                                               |  |  |  |  |
|                           | Oda içerisinde sigara içilmemesi konusunda kişi/kişiler bilgilendirildi mi?                                                                                                    |  |  |  |  |
|                           | Odada yer alan pencerelerin temizliği uygun aralıklarla yapılıyor mu?                                                                                                          |  |  |  |  |
|                           | Oda temizliği esnasında temizlik elemanlarının sağlığı ve güvenliği açısından bütün önlemler alınıyor mu?                                                                      |  |  |  |  |
|                           | Oda içerisinde bulunan cam, ayna gibi kırılabilir malzemeler var ise bunlar uygun şekilde sabitlenmiş ya da monte edilmiş mi?                                                  |  |  |  |  |
| EKRANLI ARAÇLARLA ÇALIŞMA | Oda içerisinde kullanılan ekranlı araçlar kişilerin sağlığına zarar vermeyecek şekilde yerleştirilmiş mi?                                                                      |  |  |  |  |
|                           | Çalışanların belli aralıklarla dinlendirilmesi sağlanıyor mu?                                                                                                                  |  |  |  |  |

## OFİS KONTROL LİSTESİ

| Kontrol Yapılan Yer Bilgisi |  | Kontrol Yapan Kişi Bilgisi |  |
|-----------------------------|--|----------------------------|--|
| Ofis numarası               |  | Adı                        |  |
| Kontrol Tarihi              |  | Soyadı                     |  |
| Birim                       |  | İmza                       |  |

|                    |                                                                                                                                                                             |  |  |  |  |
|--------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|
|                    | Ekranlı araçların kullanımından kaynaklanabilecek kas-iskelet sistemi rahatsızlıkları hakkında kişi/kişiler bilgilendirildi mi?                                             |  |  |  |  |
|                    | Ekranlı araçların kullanımından kaynaklanabilecek göz rahatsızlıkları ve korunma yolları hakkında bilgilendirildi mi?                                                       |  |  |  |  |
|                    | Çalışanların periyodik göz muayeneleri yaptırılıyor mu?                                                                                                                     |  |  |  |  |
|                    | Kas-iskelet sistemi rahatsızlıklarını engellemek için önlem alınıyor mu?                                                                                                    |  |  |  |  |
|                    | Ekranlı araçların kullanımında ekran yansımaları engellemek için perdelerden yararlanılıyor mu?                                                                             |  |  |  |  |
| ELLE TAŞIMA İŞLERİ | Oda içerisinde yer alan ağır mobilyaların kişi/kişiler tarafından kaldırılmasının engellenmesi için gerekli bilgilendirme yapıldı mı?                                       |  |  |  |  |
|                    | Elle kaldırma ve taşıma işlemi nedeniyle maruz kalınabilecek hastalık ve kazalar konusunda kişi/kişiler bilgilendirildi mi?                                                 |  |  |  |  |
|                    | Taşıması gereken malzemelerin mekanik araçlarla kaldırılması söz konusu değilse birden fazla kişinin taşıma işlemini gerçekleştirmesi için gerekli düzenlemeler yapıldı mı? |  |  |  |  |
| YANGIN             | Oda içerisinde yer alan dokümanlar yangın çıkmasına ya da yayılmasına neden olacak şekilde saklanıyor mu?                                                                   |  |  |  |  |
|                    | Oda içerisinde sürekli bulunan kişi/kişiler yangın çıkması anında ne yapması gerektiğini biliyor mu?                                                                        |  |  |  |  |
|                    | Yangın çıkması durumunda alarm sistemleri ve yangın söndürücülerini odaya yakın mesafede konumlandırılmış mı?                                                               |  |  |  |  |

**OFİS KONTROL LİSTESİ**

| Kontrol Yapılan Yer Bilgisi |  | Kontrol Yapan Kişi Bilgisi |  |
|-----------------------------|--|----------------------------|--|
| Ofis numarası               |  | Adı                        |  |
| Kontrol Tarihi              |  | Soyadı                     |  |
| Birim                       |  | İmza                       |  |

|                           |                                                                                                                                      |  |  |  |  |
|---------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|
| <b>ERGONOMİK KOŞULLAR</b> | Kişilerin oda çerisinde kullandıkları masa, sandalye gibi ofis mobilyaları çalışanlar için uygun mu?                                 |  |  |  |  |
|                           | Kişi/kişilerin uzun süreli aynı şekilde çalışmalarını engelleyecek önlemler alınıyor mu?                                             |  |  |  |  |
|                           | Kişilerin kullandıkları çalışma alanlarında gereksiz daha az kullanılan araç gereçlerin uygun yerlere yerleştirilmesi sağlanıyor mu? |  |  |  |  |
| <b>ACİL DURUM</b>         | Odada bulunan kişi/kişiler, acil durumlarda en yakın kaçış yolunun nerede olduğu ile ilgili bilgilendirildi mi?                      |  |  |  |  |