|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **KESİCİ DELİCİ ALET YARALANMA BİLDİRİM FORMU** | | | |
| **KODU: EN. FR.32** | **YAYINLAMA TARİHİ: 23.11.2016** | **REVİZYON TARİHİ: 30.10.2017** | **REVİZYON NO: 01** | **SAYFA 1/1** |

**Adı-Soyadı :** ………………………………………………………………. **Tel :** .................................................................................

**Yaralanma Tarihi :** ………………………………….…… **Saat:**…….………… **Birim:**……………………………………………………………

|  |  |
| --- | --- |
| **Meslek Grubu** | * Hekim **□** Teknisyen **□** Temizlik Personeli * Hemşire **□** Stajyer **□** Diğer………………. |
| **Yaralanma Şiddeti** | **□ Yüzeysel** (kanama yok, sıyrık şeklinde) **□ Derin** (kanama var) |
| **Yaralanmaya neden olan alet, kan veya vücut materyali ile kontamine mi?** | * Kontamine değil * Kontamine (Hastanın kimliği BİLİNMİYOR) * Kontamine (Hastanın kimliği biliniyor) |
| **Kaynak Hasta Bilgileri** | **Protokol: Ad-Soyad:** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Yaralanmaya Neden Olan Alet** | **Yaralanan Vücut Bölgesi** | **Yaralanan Bölgeye Yönelik Koruyucu Ekipman** | **Yaralanma Nedeni** |
| * Kan alma iğnesi * Enjektör iğnesi * Kateter iğnesi * Sütur iğnesi * Bistüri, cerrahi makas * Pens vb. sivri aletler * Ampul, flakon * Lam, lamel, cam pipet * Kırık cam malzeme * Çivi   **□** Diğer:…………………. | * El * Ön kol * Üst kol * Üst bacak * Alt bacak * Karın * Sırt * Diğer…………. | * YOK * Cerrahi eldiven * İş eldiveni * Çift eldiven * Korumalı eldiven * Box önlüğü * Korumalı önlük * Maske * Gözlük * Normal kıyafet   **□** Diğer:…………………. | * Kan alırken * Damar yolu açarken * İğneye kılıfını geçirirken * Ampul kırarken * Başkasına yardım ederken * Ameliyatta malzeme alışverişi sırasında * Dikiş atarken * Çöp toplarken * Çöp taşırken   **□** Diğer:…………………. |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **TETKİK BİLGİLERİ** | **Tetkik Tarihi** | **HBs Ag** | **Anti-HBs** | **Anti-HCV** | **Anti-HIV** | **SGOT-SGPT** | **Tetanoz Aşısı** |
| **Çalışan** |  |  |  |  |  |  | **□** Var **□** Yok |
| **Kaynak** |  |  |  |  |  | --- | --- |

**DEĞERLENDİRME (Enfeksiyon Kontrol Hekimi tarafından doldurulacaktır).**

* Hepatit B aşı programına alındı.
* Tetanoz aşısı yapıldı.
* Temas profilaksisi uygulandı.
* Enf. Hastalıkları Polikliniğine sevk edildi.
* İLERİ TETKİK İZLEM PROGRAMINA ALINDI.
* Eğitim verildi.
* İLERİ TETKİK VE TAKİBİNE GEREK GÖRÜLMEDİ.
* Personel, tetkik ve takipler hakkında bilgilendirildi.

**□** Diğer:…………………………………………….