|  |  |
| --- | --- |
|  | **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:…………………………………………….