

 <p>DISKAPI YILDIRIM BEYAZIT EGITIM VE ARASTIRMA HASTANESI</p>	KESİCİ/DELİCİ ALET YARALANMALARI BİLDİRİM VE TAKİP FORMU	
	Revizyon No: 00	Doküman No: YBH-FR-1005
	Revizyon Tarihi: 00	Sayfa No: 1/2
	Yayın Tarihi: 09.09.2011	

1. ADI/SOYADI:

4.İLK MÜDAHALE:

2. DOSYA NO:

3. YARALANMA TARİHİ /SAATİ:

5. GÖREVİ:

- DOKTOR
 HEMŞİRE
 TEKNİSYEN
 TEMİZLİK PERSONELİ
 STAJYER
 DİĞER.....

6. YARALANMAYA NEDEN OLAN ALET NEDİR?

- İĞNE UCU
 BİSTURİ
 KATETER
 LAM/LAMEL
 KIRIK CAM MALZEMELER
 DİĞER.....

7. YER TANIMI

- LABORATUAR
 HASTA ODASI
 KAN BAĞIŞI /TRANSFÜZYON
 KAN ALMA
 ACİL
 AMELİYATHANE
 YOĞUN BAKIM
 DIŞ KLİNİĞİ
 STERİLİZASYON ÜNİTESİ
 RADYOLOJİ
 ENDOSKOPİ
 KLİNİK/SERVİS
 DİĞER

8. YARALANMA BÖLGESİ

- SAĞ EL
 SAĞ AYAK
 SAĞ ÖN KOL
 SAĞ KOL
 SAĞ KALÇA
 SAĞ BACAK
 SAĞ BALDIR
 SAĞ KARIN
 SAĞ KASIK
 SAĞ GÖĞÜS
 SAĞ GÖZ
- SOL EL
 SOL AYAK
 SOL ÖN KOL
 SOL KOL
 SOL KALÇA
 SOL BACAK
 SOL BALDIR
 SOL KARIN
 SOL KASIK
 SOL GÖĞÜS
 SOL GÖZ
- BAŞ
 YÜZ
 BOYUN
 SIRT
 BEL
 DİĞER.....

9. YARALANMAYA NEDEN OLAN ALET BİR HASTANIN VÜCUT MATERYALİ İLE KONTAMİNE OLMUŞ MU?

- EVET
 HAYIR

10. 9.SORUNUN CEVABI EVET İSE HASTANIN KAN YOLU İLE BULAŞAN BİR HASTALIĞI VAR MI?

- HEPATİT B
 HEPATİT C
 DİĞER (Belirtiniz)
 HIV
 KIRIM KONGO

11. OLAY ESNASINDA KİŞİSEL KORUYUCU EKİPMAN KULLANIYOR MUYDUNUZ?

- EVET
 HAYIR

12. 11. SORUNUN CEVABI EVET İSE HANGİLERİ OLDUĞUNU İŞARETLEYİNİZ

- TEK KAT ELDİVEN
 ÇİFT KAT ELDİVEN
 BARİYERLİ ELDİVEN
 KORUYUCU GÖZLÜK
 YÜZ MASKESİ
 ÖNLÜK
 CERRAHİ MASKE

13. YARALANMANIN ŞİDDETİ NE KADARDI?

- YÜZEYEL
 DERİN
 MUKOZAL

	KESİCİ/DELİCİ ALET YARALANMALARINI BİLDİRİM VE TAKİP FORMU	
	Revizyon No: 00	Doküman No: YBH-FR-1005
	Revizyon Tarihi: 00	Sayfa No: 2/2
	Yayın Tarihi: 09.09.2011	

YARALANAN, TEMAS VE MARUZİYET GELİŞEN KİŞİNİN;

HBV için;

	HBsAg	AntiHBs	
Başlangıç test sonucu	Pozitif <input type="checkbox"/> Negatif <input type="checkbox"/>	Pozitif <input type="checkbox"/> titre..... Negatif <input type="checkbox"/>	
Aşılama takvimi	1. DOZ	2. DOZ	3. DOZ
/...../20...../...../20...../...../20.....
Aşılama sonrası test sonucu	Pozitif <input type="checkbox"/> Negatif <input type="checkbox"/>	Pozitif <input type="checkbox"/> titre..... Negatif <input type="checkbox"/>	

Not: Kaynağın HBsAg pozitif, temasa uğrayan kişinin antiHBs negatif olduğu durumlarda ilk doz aşıyla birlikte "Hepatit B İmmünglobülin" uygulaması gerekir.

HCV için;

	AntiHCV	ALT
Başlangıç test sonucu	Pozitif <input type="checkbox"/> Negatif <input type="checkbox"/> IU/L
3. ay test sonucu	Pozitif <input type="checkbox"/> Negatif <input type="checkbox"/> IU/L
6. ay test sonucu	Pozitif <input type="checkbox"/> Negatif <input type="checkbox"/> IU/L

DİĞER

Takibi Yapılan Kişinin

Adı Soyadı-İmza

Formu Düzenleyen

Enfeksiyon Kontrol Sorumlusu
Adı Soyadı-İmza

Düzenlenme Tarihi

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