

	T.C.	Doküman No	EN.FR.02
	D.Ü. DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ HASTANESİ	Yürürlüğe Gir.Tar.	09.02.2015
	KESİCİ / DELİCİ ALET YARALANMALARI	Revizyon No	02
	BİLDİRİM VE TAKİP FORMU	Revizyon Tarihi	02.01.2019
		Sayfa No	Sayfa 1/2

OLAY NEDENİ		
☐ Çöp Toplama ☐ Hastaya Alet Takarken		
☐ Çöp Boşaltma ☐ Hastadan Alet Çıkarırken		
☐ Diğer		
ÖNLÜK	VAR ☐	YOK ☐
ELDİVEN	VAR ☐	YOK ☐
MASKE	VAR ☐	YOK ☐
DİĞER		
OLAY YERİ: TARİH: SAAT:		
YARALANMAYA NEDEN OLAN ALET NEDİR?		
YARALANMAYA NEDEN OLAN ALET BİR HASTANIN VÜCUT MATERYALİ İLE KONTAMİNE OLMUŞ MU ?		
☐ EVET ☐ HAYIR		
SORUNUN CEVABI EVET İSE HASTANIN KAN YOLU İLE BULAŞAN BİR HASTALIĞI VAR MI ?		
☐ HEPATİT B ☐ HEPATİT C ☐ DİĞER (Belirtiniz)		
☐ HİV ☐ KIRIM KONGO		
YARALANMANIN ŞİDDETİ NE KADARDIR ?		
☐ YÜZEYSEL ☐ DERİN ☐ MUKOZAL		
SAĞLIK ÇALIŞANI BİLGİLERİ		
ADI SOYADI : SİCİL NO :		
BÖLÜMÜ : ÜNVANI :		

	T.C.	Doküman No	EN.FR.02
	D.Ü. DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ HASTANESİ	Yürürlüğe Gir.Tar.	09.02.2015
	KESİCİ / DELİCİ ALET YARALANMALARI	Revizyon No	02
	BİLDİRİM VE TAKİP FORMU	Revizyon Tarihi	02.01.2019
		Sayfa No	Sayfa 2/2

YARALANAN, TEMAS VE MARUZİYET GELİŞEN KİŞİNİN;

HBV için;

	HBsAg	AntiHBs	
Başlangıç test sonucu	Pozitif ☐ Negatif ☐	Pozitif ☐ titre	Negatif ☐
Aşılama takvimi	1. DOZ	2. DOZ	3. DOZ
	/...../20	 /..../20.....	 /..../20.....
Aşılama sonrası test sonucu	Pozitif ☐ Negatif ☐	Pozitif ☐ titre	Negatif ☐

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

HCV için;

	AntiHCV	ALT
Başlangıç test sonucu	Pozitif ☐ Negatif ☐	IU/L
3.ay test sonucu	Pozitif ☐ Negatif ☐	IU/L
6.ay test sonucu	Pozitif ☐ Negatif ☐	IU/L

DİĞER

Takibi Yapılan Kişinin

Adı Soyadı / İmza :

Formu Düzenleyen

Enfeksiyon Kontrol Sorumlusu

Adı Soyadı / İmza

Düzenlenme Tarihi

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