



KESİCİ DELİCİ ALET YARALANMASI BİLDİRİM FORMU



Doküman No: İO.FR.01

Yayın Tarihi: 01.01.2024

Rev.No: 0

Rev.Tarihi: -

Sayfa No: 1/1

Yaralanma Olay Tarihi:/...../20....

Saat::.....

Bildirim Yapılan Tarih:/...../20....

Saat::.....

YARALANANIN ÇALIŞANIN

Adı Soyadı

Mesleği

Çalıştığı Klinik/Birim/Ünite

ÇALIŞANIN AŞI BİLGİLERİ

Tetanoz Aşısı

 Var Yok

Tarih:/...../20...

Hepatit B Aşısı

 Var Yok

Tarih:/...../20...

YARALANMAYA NEDEN OLAN ALET

 İğne Ucu Lam/Lamel Kateter Bisturi Kırık Cam Malzemeler Diğer.....

OLAYIN NEDENLERİ

 İnvaziv girişimler Çöp toplama Pansuman yapma Diğer

KİŞİSEL KORUYUCU EKİPMAN KULLANIMI

Kullanılması gereken ekipman:

 Var Yok

ÇALIŞANIN TEST SONUÇLARI*

Test Adı	İşe Girişte	Olay Anında	1.Ayın Sonunda	3.Ayın Sonunda	6.Ayın Sonunda
Hbs-Ag					
Anti-Hbs					
HCV					
HIV					

***Hastaya bulaş varsa seroloji testleri değerlendirilir. Sonuçları pozitif ise çalışanın test sonuçlarının takibi yapılır.**

HASTA İLE KONTAMİNE ALET YARALANMASINDA HASTA BİLGİLERİ

Hastanın Adı Soyadı:

Tanı:

HASTANIN TEST SONUÇLARI

Test	Hbs-Ag	Anti-Hbs	HCV	HIV
Sonuç Pozitif(+) Negatif(-)				

OLAY HAKKIN DABİLGİ

Olayı anlatınız:

FORMU DOLDURAN

FORMU TESLİM ALAN

Adı Soyadı:

Görevi:

İmza:

Adı Soyadı:

Görevi:

İmza:

"Güvenlik Raporlama İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi"ne kayıt numarası**:

****Kalite Birimi tarafından doldurulacak.**