



T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ
KESİCİ VE DELİCİ ALET YARALANMALARI TAKİP FORMU

Doküman no	
İlk yayın tarihi	
Revizyon tarihi	
Revizyon no	
Sayfa	

Düzenlenme Tarihi ve Saati:	
Olay Tarihi ve Saati:	Olay Yeri:

Öğrencinin Bilgileri	
Öğrenci Adı- Soyadı:	Öğrenci No:
Sınıfı:	T.C. Kimlik No:
Tel:	Sınıfı:

Yaralanmaya Neden Olan Faktör	
<input type="checkbox"/> Laboratuvarında alet/ enjektör takarken	<input type="checkbox"/> Hastaya alet/ enjektör takarken (*)
<input type="checkbox"/> Laboratuvarında alet/ enjektör çıkarırken	<input type="checkbox"/> Hastadan alet/enjektör çıkarırken (*)
<input type="checkbox"/> Hastanın kan şekere bakarken	<input type="checkbox"/> Hastadan kan alırken
<input type="checkbox"/> Diğer (Lütfen belirtiniz)	

* Olay bu işlem sırasında meydana geldiyse hastanın test sonuçları ve hastanın bilgilerini bölümlerde doldurunuz.

Kazada Etkilenen Vücut Bölgesi:
--

Olay Anında Öğrencide Kişisel Koruyucu Ekipman Kullanımı;	
Önlük: <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok	Eldiven: <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok
Maske: <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok	Gözlük: <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok
Diğer koruyucu önlemler (lütfen belirtiniz):	

Öğrencinin Test Sonuçları					
Test Adı	Olay Sırasında	1. Ayın Sonunda	3. Ayın Sonunda	6. Ayın Sonunda	1. Yılın Sonunda
HBS AG					
ANTİHBS AG					
HCV					
HİV					

Öğrencinin Aşı Durumu				
Tetanos Aşısı				
Hepatit Aşısı				
Hepatit B Aşısı Doz Bilgisi	1	2	3	
Tarih:				

Hastanın Bilgileri				
Hastanın Adı- Soyadı:		Kliniği:	Tanısı:	
Hastanın Test Sonuçları				
Test Adı	HBS AG	ANTİHBS AG	HCV	HİV
Pozitif (+)				
Negatif (-)				
Bilinmiyor				

Olayı Kısaca açıklayınız:

Olay/Kaza sonrası ne yaptınız:

Kaza ile ilgili yapılan Düzeltici ve Önleyici Faaliyet: (Bu bölüm Kalite Koordinatörlüğü tarafından doldurulacaktır.)

Kalite Komisyonu:.....

Tarih/İmza:

Olay ile ilgili bu Form Kalite Komisyonu'na teslim edilir.

Formu Dolduran Kişi Adı Soyadı:	Olay/Kaza Geçiren Kişi Adı Soyadı:	Tanık Olan Kişi Adı Soyadı:	Bölüm Sorumlusu Adı Soyadı:
Tarih ve İmza	Tarih ve İmza	Tarih ve İmza	Tarih ve İmza