|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **KESİCİ VE DELİCİ ALET YARALANMALARI TAKİP FORMU** | Doküman No: | HF- FRM-08 |
| Yayım Tarihi: | 28.02.2025 |
| Revizyon Tarihi: | /00 |
| Revizyon No: | /00 |

|  |
| --- |
| **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** |  |
| □ Laboratuvarda alet/ enjektör takarken | □ Hastaya alet/ enjektör takarken (\*) |
| □ Laboratuvarda alet/ enjektör çıkarırken | □ Hastadan alet/enjektör çıkarırken (\*) |
| □ Hastanın kan şekerine bakarken | □ Hastadan kan alırken |
| □ 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: ⁪ Var ⁪ Yok | Eldiven: ⁪ Var ⁪ Yok |
| Maske: ⁪ Var ⁪ Yok | Gözlük: ⁪ Var ⁪ 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:Tarih ve İmza | Olay/Kaza Geçiren KişiAdı Soyadı:Tarih ve İmza | Tanık Olan Kişi Adı Soyadı:Tarih ve İmza | Bölüm SorumlusuAdı Soyadı:Tarih ve İmza |