



**NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ**  
**AĞIZ VE DIŞ SAĞLIĞI MERKEZİ**  
**KESİCİ DELİCİ ALET YARALANMALARI FORMU**

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
GI.FR.06	ARALIK 2023	0	0	1 / 1

<b>Yaralanma Tarihi</b>						
<b>Yaralanma Saati</b>						
<b>Adı Soyadı</b>						
<b>1) Görevi:</b> <input type="checkbox"/> Doktor <input type="checkbox"/> Hemşire <input type="checkbox"/> Teknisyen/Tekniker <input type="checkbox"/> Temizlik Görevlisi <input type="checkbox"/> Tıbbi Sekreter <input type="checkbox"/> Öğrenci-Stajyer <input type="checkbox"/> Diğer	<b>2) Yaralanmaya Neden Olan Alet:</b> <input type="checkbox"/> İğne Ucu <input type="checkbox"/> Bistüri <input type="checkbox"/> Sond <input type="checkbox"/> Kanal Eyesi <input type="checkbox"/> Kırık Cam Malzemeler <input type="checkbox"/> Diğer					
<b>3) Yer tanımı:</b> <input type="checkbox"/> Poliklinik..... <input type="checkbox"/> Laboratuvar <input type="checkbox"/> Öğrenci laboratuvarı <input type="checkbox"/> Radyoloji <input type="checkbox"/> Sterilizasyon <input type="checkbox"/> Diğer	<b>4) Yaralanma bölgesi:</b> <table border="1"><tr><td><input type="checkbox"/> Sağ el <input type="checkbox"/> Sağ ön kol <input type="checkbox"/> Sağ kol <input type="checkbox"/> Sağ bacak <input type="checkbox"/> Sağ kasık <input type="checkbox"/> Sağ göğüs <input type="checkbox"/> Sağ göz <input type="checkbox"/> Diğer</td><td><input type="checkbox"/> Sol el <input type="checkbox"/> Sol ön kol <input type="checkbox"/> Sol kol <input type="checkbox"/> Sol bacak <input type="checkbox"/> Sol kasık <input type="checkbox"/> Sol göğüs <input type="checkbox"/> Sol göz</td><td><input type="checkbox"/> Yüz <input type="checkbox"/> Boyun <input type="checkbox"/> Sırt</td></tr></table>			<input type="checkbox"/> Sağ el <input type="checkbox"/> Sağ ön kol <input type="checkbox"/> Sağ kol <input type="checkbox"/> Sağ bacak <input type="checkbox"/> Sağ kasık <input type="checkbox"/> Sağ göğüs <input type="checkbox"/> Sağ göz <input type="checkbox"/> Diğer	<input type="checkbox"/> Sol el <input type="checkbox"/> Sol ön kol <input type="checkbox"/> Sol kol <input type="checkbox"/> Sol bacak <input type="checkbox"/> Sol kasık <input type="checkbox"/> Sol göğüs <input type="checkbox"/> Sol göz	<input type="checkbox"/> Yüz <input type="checkbox"/> Boyun <input type="checkbox"/> Sırt
<input type="checkbox"/> Sağ el <input type="checkbox"/> Sağ ön kol <input type="checkbox"/> Sağ kol <input type="checkbox"/> Sağ bacak <input type="checkbox"/> Sağ kasık <input type="checkbox"/> Sağ göğüs <input type="checkbox"/> Sağ göz <input type="checkbox"/> Diğer	<input type="checkbox"/> Sol el <input type="checkbox"/> Sol ön kol <input type="checkbox"/> Sol kol <input type="checkbox"/> Sol bacak <input type="checkbox"/> Sol kasık <input type="checkbox"/> Sol göğüs <input type="checkbox"/> Sol göz	<input type="checkbox"/> Yüz <input type="checkbox"/> Boyun <input type="checkbox"/> Sırt				
<b>5) Yaralanmaya neden olan alet bir hastanın vücut materyali ile kontamine olmuş mu?</b> <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır						
<b>6) (5.sorunun cevabı evet ise) Hastanın kan yoluyla bulaşan bir hastalığı var mıydı?</b> <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> Hepatit B <input type="checkbox"/> Hepatit c <input type="checkbox"/> Bilinmiyor <input type="checkbox"/> Kkta <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Diğer						
<b>7) Olay sırasında kişisel koruyucu ekipman kullanıyor muydunuz?</b> <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır						
<b>8) 7. sorunun cevabı evet ise hangileri olduğunu işaretleyiniz.</b> <input type="checkbox"/> Tek kat eldiven <input type="checkbox"/> Önlük <input type="checkbox"/> Göz maskesi <input type="checkbox"/> Cerrahi maske <input type="checkbox"/> Yüz maskesi <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/> Çift kat eldiven						
<b>9) Yaralanmanın şiddeti ne kadardı?</b> <input type="checkbox"/> Yüzeysel <input type="checkbox"/> Mukozal <input type="checkbox"/> Derin						

**10-ÇALIŞILAN TEST SONUÇLARI**

Test Adı	Olay Öncesinde	Olay Sırasında	3 Ayın Sonunda	6 Ayın Sonunda
Hbs Ag				
Anti HBS				
Anti HCV				
Anti HIV				

Aşılama				
Hepatit B Aşısı	1	2	3	SONUÇ
Doz Tarihi				
Tetanoz Aşısı				

YARALANMA SONRASI TEKRAR EĞİTİM ALDIM.

İMZA



**NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ**  
**AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI MERKEZİ**  
**KESİCİ DELİCİ ALET YARALANMALARI FORMU**

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
Gİ.FR.06	ARALIK 2023	0	0	2 / 1