

	<b>T.C.</b> <b>İZMİR BAKIRÇAY ÜNİVERSİTESİ</b> Sağlık Bilimleri Fakültesi	
	<b>KESİCİ VE DELİCİ ALET YARALANMASI FORMU</b>	<b>Dok. No:</b> FRM/SBF/25
		<b>İlk Yayın Tar.:</b> 4.12.2024
		<b>Rev. No/Tar.:</b> 01/13.03.2025
		<b>Sayfa 1 / 1</b>

ÖĞRENCİ BİLGİLERİ			
Ad Soyad		Sınıf	
Öğrenci No		Tetanoz Aşısı	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var Aşı Tarihi:
TC Kimlik No		Hepatit B Aşısı	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var Aşı Tarihi:
Telefon Numarası			

OLAY BİLGİLERİ	
Olay Tarihi ve Saati	
Olayın Meydana Geldiği Yer	
Olayın Türü	<input type="checkbox"/> Kesici Delici Alet Yaralanması <input type="checkbox"/> Vücut Sıvılarına Maruz Kalma
Yaralanma Bölgesi	
Olayın Nedeni	
Yaralanmaya neden olan alet	<input type="checkbox"/> İğne ucu <input type="checkbox"/> Lanset <input type="checkbox"/> Bistüri <input type="checkbox"/> Ampul/flakon <input type="checkbox"/> İnvaziv kateter iğnesi <input type="checkbox"/> Diğer: .....
Yaralanmaya neden olan alet bir hastanın vücut materyali ile kontamine olmuş mu?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
Olay sırasında kullandığınız kişisel koruyucu ekipmanları işaretletiniz	<input type="checkbox"/> Eldiven <input type="checkbox"/> Maske <input type="checkbox"/> Önlük <input type="checkbox"/> Gözlük <input type="checkbox"/> Diğer: .....
Olayı Kısaca Açıklayınız:	
Olayla İlgili Yapılan İşlemleri Açıklayınız:	
Tanık Beyanı:	

\*Öğrencinin ve hastanın test sonuçlarının bir örneğini forma ekleyiniz.

Tanık (Adı Soyadı ve İmza)	Öğrenci (Adı Soyadı ve İmza)	Sorumlu Öğretim Elemanı (Adı Soyadı ve İmza)
-------------------------------	---------------------------------	---