



SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ GÜLHANE
HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ KESİCİ DELİCİ ALET
YARALANMALARINI BİLDİRİM VE TAKİP
FORMU



Öğrencinin Adı Soyadı:

Olayın Olduğu Uygulama Dersi:

Olayın Olduğu Uygulama Alanı:

Olayın Olduğu Tarih ve Saat:

1. Yaralanmaya Neden Olan Alet Nedir?

- Enjektör ucu
 Bistüri
 Ampul veya Flakon
 İnvaziv Kateter İğnesi
 Diğer (Belirtiniz).....

2. Yaralanmaya neden olan alet bir hastanın vücut materyali ile kontamine olmuş mu?

- Evet Hayır

3. Eğer 2. sorunun cevabı evet ise hastanın kan yolu ile bulaşan bir hastalığı var mı?

- Hepatit B HIV
 Hepatit C Diğer (Belirtiniz).....

4. Yaralanma bölgesini işaretleyiniz.

- | | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sağ El | <input type="checkbox"/> Sağ Göz | <input type="checkbox"/> Sol Göz |
| <input type="checkbox"/> Sağ Ayak | <input type="checkbox"/> Sol El | <input type="checkbox"/> Baş |
| <input type="checkbox"/> Sağ Önkol | <input type="checkbox"/> Sol Ayak | <input type="checkbox"/> Yüz |
| <input type="checkbox"/> Sağ Kol | <input type="checkbox"/> Sol Önkol | <input type="checkbox"/> Boyun |
| <input type="checkbox"/> Sağ Kalça | <input type="checkbox"/> Sol Kol | <input type="checkbox"/> Sırt |
| <input type="checkbox"/> Sağ Bacak | <input type="checkbox"/> Sol Bacak | <input type="checkbox"/> Bel |
| <input type="checkbox"/> Sağ Baldır | <input type="checkbox"/> Sol Baldır | <input type="checkbox"/> Diğer |
| <input type="checkbox"/> Sağ Karın | <input type="checkbox"/> Sol Karın | <input type="checkbox"/> Diğer |
| <input type="checkbox"/> Sağ Kasık | <input type="checkbox"/> Sol Kasık | (Belirtiniz)..... |
| <input type="checkbox"/> Sağ Göğüs | <input type="checkbox"/> Sol Göğüs | |

5. Olay esnasında kişisel koruyucu ekipman kullanıyor muydunuz?

- Evet Hayır

6. Eğer 5. sorunun cevabı evet ise hangileri olduğunu işaretleyiniz?

- Eldiven
 Önlük
 Gözlük
 Maske
 Diğer (Belirtiniz).....

7. Öğrencinin test sonuçları

| Test adı | Olay öncesinde | Olay sonrasında |
|----------|----------------|-----------------|
| Hbs Ag | | |
| Anti HBS | | |
| Anti HCV | | |
| Anti HIV | | |

8. Öğrencinin aşıları

- ✓ **Hepatit B aşısı** Var (Tarih:.....) Yok
✓ **Tetanoz aşısı** Var (Tarih:.....) Yok

| | 1 | 2 | 3 | Sonuç |
|-----------------|---|---|---|-------|
| Hepatit B aşısı | | | | |
| Tetanoz aşısı | | | | |



**SAğLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
GÜLHANE HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ
KESİCİ/DELİCİ ALET YARALANMASI
İŞ AKIŞ ŞEMASI**



Kesici/delici alet yaralanmasına maruz kalan öğrenci, ilgili bölgeyi, **kanatmadan bol su ve sabunla yıkamalıdır.**



Kesici/delici alet yaralanması olan öğrenci, olayı uygulama yaptığı **Klinik Sorumlusuna ve Öğretim Elemanına** bildirmelidir.



Klinik/birim sorumlusu hastane bilgi sistemi üzerinden, **Kesici/Delici Alet Yaralanmaları** formunu doldurmalıdır.



Öğrenci **Acil Servise başvurmalı Adli Vaka Bildirim Formu** doldurularak iş kazası kaydı yapılmalıdır.



Acil serviste düzenlenen **adli vaka bildirim formu ve kimlik fotokopisi** ile kaza gününden itibaren üç iş günü içerisinde **İş Sağlığı ve Güvenliği Birimine** başvurmalıdır.



Gerçekleşen kesici/delici alet yaralanmasının takip ve tedavisinin yapılabilmesi için **Enfeksiyon Hastalıkları Poliklinięi veya İlgili Poliklinięe** başvurmalıdır.



İş kazası bildirimini iş kazası olduğu gün **Hemşirelik Fakültesi Dekanlığı Öğrenci İşleri Biriminde Kesici/Delici Alet Yaralanmaları formu** doldurularak iletilmelidir.