



T.C. Sağlık Bakanlığı

TOPRAKLIK AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI MERKEZİ  
KESİCİ/ DELİCİ ALET YARALANMALARINI BİLDİRİM FORMU

DÖK KOD: SEN..FR.007

Yayın Tarihi: 27.12.2017

Revizyon No:

Revizyon Tarihi:

Sayfa No: 1/2

1. ADI:

2. SOYADI:

3. İMZA:

4. GÖREVİ

- DOKTOR  
 HEMŞİRE  
 TEKNİSYEN  
 TEMİZLİK PERSONELİ  
 STAJYER  
 DİŞ TEKNİKERİ  
 BİLGİ İŞLEM  
 DİĞER

5. TARİH/ SAAT:

6. YARALANMAYA NEDEN OLAN NEDİR?

- İĞNE UCU  
 BİSTURİ  
 KATATER  
 LAM-LAMEL  
 KIRIK CAM MLZ.  
 DİĞER

7. YER TANIMI

- ACİL  
 AMELİYATHANE  
 LABORATUVAR  
 RÖNTGEN  
 KLİNİK  
 STERİLİZASYON  
 TEKNİK SERVİS  
 DEPO  
 BİLGİ İŞLEM  
 DİĞER

8. YARALANMA BÖLGESİ

- SAĞ EL  
 SAĞ ÖN KOL  
 SAĞ KOL  
 SAĞ AYAK  
 SAĞ BACAK  
 SAĞ BALDIR  
 SAĞ KALÇA  
 SAĞ KASIK  
 SAĞ KARIN  
 SAĞ GÖĞÜS  
 SAĞ GÖZ
- SOL EL  
 SOL ÖN KOL  
 SOL KOL  
 SOL AYAK  
 SOL BACAK  
 SOL BALDIR  
 SOL KALÇA  
 SOL KASIK  
 SOL KARIN  
 SOL GÖĞÜS  
 SOL GÖZ
- BAŞ  
 YÜZ  
 BOYUN  
 SIRT  
 BEL
- DİĞER  
(belirtiniz)

9. YARALANMAYA NEDEN OLAN ALET BİR HASTANIN VÜCUT MATERYALİ İLE KONTAMİNE OLMUŞ MU?

EVET

HAYIR

10. 9. SORUNUN CEVABI EVET İSE HASTANIN KAN YOLU İLE BULAŞAN BİR HASTALIĞI VARMIDIR?

- HIV  
 HEPATİT B  
 HEPATİT C  
 KIRIM KONGO  
 DİĞER (Belirtiniz)

11. OLAY ESNASINDA KİŞİSEL KORUYUCU EKİPMAN KULLANIYORMUYDUNUZ?

- EVET  
 HAYIR

12. 11. SORUNUN CEVABI EVET İSE HANGİLERİ OLDUĞUNU İŞARETLEYİNİZ.

- TEK KAT ELDİVEN  
 ÖNLÜK  
 GÖZ MASKESİ  
 ÇİFT KAT ELDİVEN  
 YÜZ MASKESİ  
 CERRAHİ MASKE  
 DİĞER (Belirtiniz)

13. YARALANMANIN ŞİDDETİ NE KADARDI?

- YÜZEYEL  
 MUKOZAL  
 DERİN



TOPRAKLIK AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI MERKEZİ  
**KESİCİ/ DELİCİ ALET YARALANMALARINI BİLDİRİM FORMU**

DÖK KOD: SEN..FR.007

Yayın Tarihi: 27.12.2017

Revizyon No:

Revizyon Tarihi:

Sayfa No: 2/2

**YARALANAN PERSONELİN ENFEKSİYON TAKİBİ:  
HEPATİT B İÇİN;**

	HBs Ag	Anti HBs	
Başlangıç test sonucu	<b>Pozitif</b> <input type="checkbox"/> <b>Negatif</b> <input type="checkbox"/>	<b>Pozitif</b> <input type="checkbox"/> titre.... <b>Negatif</b> <input type="checkbox"/>	
Aşılama takvimi	1. DOZ	2. DOZ	3. DOZ
	..../..../20....	..../..../20....	..../..../20....
Aşılama sonrası test sonucu	<b>Pozitif</b> <input type="checkbox"/> <b>Negatif</b> <input type="checkbox"/>	<b>Pozitif</b> <input type="checkbox"/> titre.... <b>Negatif</b> <input type="checkbox"/>	

**Önemli Not:**

- Kaynağın HBs Ag pozitif olduğu, yaralanan personelin AntiHBs negatif olduğu durumlarda;** ilk doz aşıyla (olay anında, 1. Ayda ve 6. Ayda aşılama yapılmalı) birlikte ilk 24 saat içerisinde "Hepatit B İmmünglobulin uygulaması gerekmektedir.
- Anti HBs pozitif ise personel Hepatit B yönünden korunuyor demektir. (takip gerekmez) 3. ve 6. Aylarda tekrar bakılmasına gerek yoktur. Personel aşısız ise; Hepatit b aşı şeması (0,1. Ve 6. Aylar)
- Kaynağın HCV pozitif olduğu durumda;** AntiHCV ve ALT; olay anında ve 6 ay sonra bakılır. Erken tanı için 4-6 hafta sonra HCV RNA bakılır. (+) çıkarsa tedavinin erken başlaması önemli, Enfeksiyon hastalıkları polk' ne gönderilmeli.
- Kaynağın HIV pozitif olduğu durumda;** Poflaksi başlamak için yaralanan personel enfeksiyon hastalıkları polk' ne yönlendirilmeli. Yaralanmanın üzerinden 72 saat geçerse profleksinin etkinliği düşer.

**HEPATİT C İÇİN;**

	Anti HCV	ALT
Başlangıç test sonucu	<b>Pozitif</b> <input type="checkbox"/> <b>Negatif</b> <input type="checkbox"/>	.....iu/L
4-6 hafta sonra (HCV RNA test sonucu)	<b>Pozitif</b> <input type="checkbox"/> <b>Negatif</b> <input type="checkbox"/>	
6. ay test sonucu	<b>Pozitif</b> <input type="checkbox"/> <b>Negatif</b> <input type="checkbox"/>	.....iu/L

**HIV İÇİN;**

	Anti HIV
Başlangıç test sonucu	<b>Pozitif</b> <input type="checkbox"/> <b>Negatif</b> <input type="checkbox"/>
6. hafta test sonucu	<b>Pozitif</b> <input type="checkbox"/> <b>Negatif</b> <input type="checkbox"/>
3. ay test sonucu	<b>Pozitif</b> <input type="checkbox"/> <b>Negatif</b> <input type="checkbox"/>
6. ay test sonucu	<b>Pozitif</b> <input type="checkbox"/> <b>Negatif</b> <input type="checkbox"/>

Aşağıda Adı Soyadı imzası olan personel Kesici/Delici alet yaralanması nedeniyle gerekli tetkik ve tedavileri yapılmak üzere  
.....Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları Polikliniğine yönlendirilmiştir. ..../..../20....

Yaralanan Personelin  
Adı Soyadı – İmza

Enfeksiyon Kontrol Hemşiresi  
Adı Soyadı – İmza