



Topraklık Ağız ve Diş sağlığı Merkezi
KAN VE VÜCUT SIVILARI SIÇRAMASI BİLDİRİM FORMU

Dök Kod: SEN-FR-010

Yayın Tarihi: 27.12.2017

Revizyon No: 00

Revizyon Tarihi:

Sayfa No:1/1

1. ADI:

2. SOYADI:

3. SIÇRAMA TARİHİ:

5.GÖREVİ: () DOKTOR () HEMŞİRE

() TEKNİSYEN () TEMİZLİK PERSONELİ

() STERİLİZASYON () DİĞER (Belirtiniz)

7. YER TANIMI () KLİNİK

() AMELİYATHANE () DERLENME ODASI

() LABORATUVAR () YATAKLI SERVİS

() RADYOLOJİ () STERİLİZASYON

() DİĞER (Belirtiniz)

4. SIÇRAMA SAATİ:

6. SIÇRAMA NEDENİ? () KAN () TÜKÜRÜK

8.SIÇRAMA BÖLGESİ () SAĞ EL () SOL EL

() YÜZ

() SAÇ

() BURUN

() AĞIZ

() SAĞ KOL

() SOL KOL

() SAĞ GÖZ

() SOL GÖZ

() DİĞER (Belirtiniz)

9.VÜCUT SIVISI SIÇRAYAN HASTANIN KAN YOLUYLA BULAŞAN BİR HASTALIĞI VAR MI?

() EVET () HAYIR

10.9. SORUNUN CEVABI EVET İSE HASTANIN KAN YOLUYLA BULAŞAN BİR HASTALIĞI VAR MI?

() HIV () HEPATİT C () DİĞER (Belirtiniz)

() HEPATİT B () KIRIM KONGO

11. OLAY ESNASINDA KİŞİSEL KORUYUCU EKİPMAN KULLANIYOR MUYDUNUZ?

() EVET () HAYIR

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

() TEK KAT ELDİVEN () ÇİFT KATLI ELDİVEN () DİĞER (Belirtiniz)

() ÖNLÜK () YÜZ MASKESİ

() GÖZ MASKESİ () CERRAHİ MASKE

13.TEMASTAN SONRA MÜDAHALE EDİLENE KADAR GEÇEN SÜRE NE KADAR?

12.HASTANIN TEST
SONUÇLARI

(Hasta biliniyor ve tetkik sonuçları var ise doldurulacaktır.)

Test adı	HbsAg	Hbs Ab	Anti HCV	Anti HIV
Pozitif – Negatif				

13.ÇALIŞANIN TEST
SONUÇLARI

	Yaralanma Tarihi	1. Ay	3. Ay	6. Ay
TARİHLER	.../.../20....	.../.../20....	.../.../20....	.../.../20....
HbsAg				
Anti Hbs				
Anti HCV				
Anti HIV				
AST				
ALT				

() Enfeksiyon kontrol hemşiresi tarafından bilgilendirildim ve Sağlık tesisine yönlendirildim. Bu formun 1 nüshasını elden teslim aldım.

Personelin Adı Soyadı ve İmzası:

() Eğer Test yaptırmayı kabul etmiyorsa

Personelin Adı Soyadı ve İmzası:

Formu Teslim Alan Enfeksiyon Kontrol hemşiresi

Adı Soyadı:

Tarih Saat:...../...../20..../.....

Kayıt No:.....

İmza: