



NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK  
FAKÜLTESİ  
KESİCİ VE DELİCİ ALET YARALANMALARI TAKİP FORMU

Doküman no	HF-KLT.05
İlk yayın tarihi	05.02.2023
Revizyon tarihi	-
Revizyon no	-
Sayfa	1

<b>Düzenlenme Tarihi ve Saati:</b>	
<b>Olay Tarihi ve Saati:</b>	<b>Olay Yeri:</b>
<b>Formu Dolduran Kişinin Adı Soyadı:</b>	<b>Tarih/İmza:</b>

<b>Öğrencinin Bilgileri</b>	
Öğrenci Adı- Soyadı:	Öğrenci No:
Sınıfı:	T.C. Kimlik No:

<b>Olay Nedeni</b>	
<input type="checkbox"/> Laboratuvarında alet/ enjektör takarken	<input type="checkbox"/> Hastaya alet/ enjektör takarken (*)
<input type="checkbox"/> Laboratuvarında alet/ enjektör çıkarırken	<input type="checkbox"/> Hastadan alet/enjektör çıkarırken (*)
<input type="checkbox"/> Hastanın kan şekerine bakarken	<input type="checkbox"/> Hastadan kan alırken
<input type="checkbox"/> Diğer (Lütfen belirtiniz)	

\* Olay bu işlem sırasında meydana geldiyse hastanın test sonuçları ve hastanın bilgilerini bölümlerde doldurunuz.

<b>Olay Anında Öğrencide;</b>	
Önlük: <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok	Eldiven: <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok
Maske: <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok	Gözlük: <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok
Diğer koruyucu önlemler (lütfen belirtiniz):	

<b>Öğrencinin Test Sonuçları</b>					
Test Adı	Olay Sırasında	1. Ayın Sonunda	3. Ayın Sonunda	6. Ayın Sonunda	1. Yılın Sonunda
HBS AG					
ANTİHBS AG					
HCV					
HİV					

<b>Öğrencinin Aşı Durumu</b>				
Tetanos Aşısı				
Hepatit Aşısı				
Hepatit B Aşısı Doz Bilgisi	1	2	3	
Tarih:				

<b>Hastanın Bilgileri</b>				
Hastanın Adı- Soyadı:		Kliniği:	Tanısı:	
<b>Hastanın Test Sonuçları</b>				
Test Adı	HBS AG	ANTİHBS AG	HCV	HİV
Pozitif (+)				
Negatif (-)				
Bilinmiyor				

<b>Olayı Kısaca açıklayınız:</b>
----------------------------------