

 KAPADOKYA HASTANESİ	KESİCİ DELİCİ ALET YARALANMA KAN VE VÜCUT SIVISI MARUZİYETİ BİLDİRİM FORMU ACİL YARALANMA			
KODU:RY.FR.02	Yayın Tarihi:01.01.2008	Revizyon Tarihi : 01.01.2023	Revizyon No : 04	Sayfa:1/1

Servis Sorumlu Hemşiresi Tarafından doldurulacaktır		
<input type="checkbox"/> Kesici Delici Alet Yaralanma	<input type="checkbox"/> Kan Ve Vücut Sıvısı Maruziyeti	
Adı:	Soyadı:	
Yaşı:	Cinsiyeti:	
Görevi:	Maruziyet Yeri:	
Telefon:	Çalıştığı Birim:	
Maruziyet Tarihi:	Maruziyet Saati:	
EKK'ya Başvuru Tarihi:	Başvuru Saati:	
Kullanılan Koruyucu Ekipman:	<input type="checkbox"/> Eldiven <input type="checkbox"/> Çift Eldiven <input type="checkbox"/> Maske <input type="checkbox"/> Yüz Maskesi <input type="checkbox"/> Önlük <input type="checkbox"/> Gözlük <input type="checkbox"/> Diğer (Belirtiniz):	
Maruziyete Neden Olan Alet:	Maruziyete Neden Olan İşlem:	
Maruziyet Vücut Bölgesi:		
Kaynak Ad Soyadı ve Telefonu:	<input type="checkbox"/> Bilinmiyor	
Kaynak Biliniyor İse Serolojisi	HBsAg :	
	anti-HCV :	ALT:
	anti HIV :	
Maruz Kalan Personelin Serolojisi	HBsAg :	
	anti HBs :	
	anti-HCV :	ALT:
	anti HIV :	
Maruziyet Sonrası İlk Müdahale		
Enfeksiyon Kontrol Hekimi ve Hemşiresi tarafından doldurulacaktır.		
Tetanoz Profilaksisi	Tetanoz Aşı Öyküsü: <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok	
Hepatit B Aşısı Hepatit B İmmunglobülin		
Sadece Hepatit B Aşısı		
Öneriler: İLK MÜDAHALEYİ BATİÇON/DEZENFEKTANLI SABUNLA YAPINIZ. YARALANMA BÖLGESİNİ SIKARAK KANTMAYA ÇALIŞMAYINIZ. BU FORMU DOLDURUP VAKİT KAYBETMEDEN ENFEKSİYON HEMŞİRESİNE TESLİM EDİNİZ.		
TAKİP PLANI		
1. ay:		
3. ay:		
6. ay:		