



**GAZİ ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ**  
**HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ**  
**DELİCİ KESİCİ ALET YARALANMASI BİLDİRİM**  
**FORMU**



**Kazaya Maruz Kalan Öğretim Elemanı/Öğrencinin**

**Adı Soyadı:**

**Bölümü:**

**T.C Kimlik No:**

**Tel No:**

**Unvanı:**

**e-mail:**

**Cinsiyet:**

**Ev adresi:**

**Kazaya maruz kalan kişi:**

☐ Öğrenci ☐ 1. Sınıf

☐ 2. Sınıf

☐ 3. Sınıf

☐ 4. sınıf

☐ Öğretim Elemanı

**1. Olayın olduğu tarih:**

**7. Kazadan etkilenen vücut bölgesi:**

**2. Olayın olduğu saat:**

☐ Sağ el

☐ Sol el

☐ Sağ kol

☐ Sol kol

☐ Sağ ayak

☐ Sol ayak

**3. Olayın olduğu yer:** ☐ Laboratuvar

☐ Sağ bacak

☐ Sol bacak

☐ Hastane

☐ Sağ kalça

☐ Sol kalça

☐ Diğer

☐ Sağ kasık

☐ Sol kasık

**4. Yaralanmaya neden olan faktör:**

☐ Sağ karın

☐ Sol karın

☐ İğne ucu

☐ Sağ Göğüs

☐ Sol göğüs

☐ Bisturi

☐ Sağ göz

☐ Sol göz

☐ Katater

☐ Baş

☐ Yüz

☐ Lam-Lamel

☐ Boyun

☐ Sırt

☐ Kırık cam malzemeler

☐ Bel

☐ Diğer

☐ Diğer

**8. Kaza sonrası sağlık gözetimi gerekli mi?**

☐ Evet

☐ Hayır

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

☐ Evet

☐ Hayır

**9. Olay esnasında kişisel koruyucu ekipman kullanıyor muydunuz?**

☐ Evet

☐ Hayır

**6. 5. Sorunun cevabı evet ise hastanın kan yolu ile bulaşan bir hastalığı varmı?**

☐ HIV

☐ Diğer (Belirtiniz)

☐ HEPATİT C

**11. 10. Sorunun cevabı evet ise hangileri olduğunu işaretleyiniz.**

<input type="checkbox"/> HEPATİT B	<input type="checkbox"/> KIRIM KONGO	<input type="checkbox"/> Tek kat eldiven	<input type="checkbox"/> Çift kat eldiven	<input type="checkbox"/> Diğer (belirtiniz)
<b>12. Yaralanmanın şiddeti ne kadardı?</b>		<input type="checkbox"/> Önlük	<input type="checkbox"/> Yüz maskesi	<input type="checkbox"/> Cerrahi maske
<input type="checkbox"/> Yüzeysel	<input type="checkbox"/> Mukozal	<input type="checkbox"/> Derin		

## YARALANAN PERSONELİN ENFEKSİYON TAKİBİ:

### HEPATİT B İÇİN;

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

#### Önemli Not:

- Kaynağın HBs Ag pozitif olduğu, yaralanan personelin Anti HBs negatif olduğu durumlarda;** ilk doz aşısıyla (olay anında, 1. Ayda ve 6. Ayda aşılama yapılmalı) birlikte ilk 24 saat içerisinde “Hepatit B İmmunglobulin 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 aşısı şeması (0,1. Ve 6. Aylar)
- Kaynağın HCV pozitif olduğu durumda;** Anti HCV 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 polikliniğine gönderilmeli.
- Kaynağın HIV pozitif olduğu durumda;** Poflaksi başlamak için yaralanan personel enfeksiyon hastalıkları polikliniğine yönlendirilmeli. Yaralanmanın üzerinden 72 saat geçerse profilaksinin etkinliği düşer.

### HEPATİT C İÇİN;

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

### HIV İÇİN;

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

**Yaralanmaya Maruz Kalan Kişi**

Adı-Soyadı:

İmza:

**Tanık Olan Kişi**

Adı-Soyadı:

T.C. Kimlik no:

Tel:

İmza:

**Bölüm Sorumlusu**

Adı-Soyadı:

T.C. Kimlik no:

Tel:

İmza: