|  |
| --- |
| SIRA NO :   1. YARALANANIN ADI SOYADI : 2. YARALANDIĞI TARİH : 3. YARALANMA YERİ : 4. YARALANMA ŞEKLİ : 5. YARALANMA ÖNCESİ SAĞLIK DURUMU : 6. AŞILANMA DURUMU (HBV,TETANOZ vs.):   VARSA HEPATİT TEST SONUÇLARI :   1. KULLANDIĞI İLAÇ VE ADI : 2. VARSA DİĞER HASTALIKLARI: 3. Daha önce bu konuda bilgisi var mı?   󠆱HAYIR 󠆱󠆱EVET(…………………………………………)   1. Daha önce başka bir yaralanma geçirmiş mi?   󠆱HAYIR 󠆱󠆱EVET(…………………………………………)   1. Bu yaralanmada herhangi bir aşı yapılmış mı?   󠆱󠆱HAYIR 󠆱󠆱EVET(…………………………………………)   1. Çocukluk aşıları hakkında bilgisi var mı?   󠆱󠆱HAYIR 󠆱󠆱EVET(………………………………………….)   1. Kişi bu konuda bilgilendirildi : 󠆱󠆱HAYIR 󠆱󠆱EVET 2. Kişiye gerekli işlemler yapıldı : 󠆱󠆱HAYIR 󠆱󠆱EVET 3. Kişi gerekli kliniğe yönlendirildi : 󠆱󠆱HAYIR 󠆱󠆱EVET 4. Kişiye verilen tedavi şekli :   AD Başkanı/Amir/Müdür/Doktor/Klinik Sorumlusu:  Ad/Soyad :  İmza :  Bu form doldurulduktan sonra her kliniğin enfeksiyon kontrol komitesi üyelerine veya enfeksiyon hemşiresi………………..teslim edilecektir. |