



Gazi Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
Delici Kesici Alet Yaralanması Bildirim Formu

Doküman No:	HEF.FR.008
Yayın Tarihi:	20.03.2023
Revizyon Tarihi:	
Revizyon No:	
Sayfa:	1/3

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:

2. Olayın olduğu saat:

3. Olayın olduğu yer:

- Laboratuvar
 Hastane
 Diğer

4. Yaralanmaya neden olan faktör:

- İğne ucu
 Bisturi
 Katater
 Lam-Lamel
 Kırık cam malzemeler
 Diğer

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

- Evet Hayır

6. Sorunun cevabı evet ise hastanın kan yolu ile bulaşan bir hastalığı var mı?

- HIV
 HEPATİT C
 HEPATİT B
 KIRIM KONGO
 Diğer (belirtiniz)

7. Kazadan etkilenen vücut bölgesi:

- Sağ el Sol el
 Sağ kol Sol kol
 Sağ ayak Sol ayak
 Sağ bacak Sol bacak
 Sağ kalça Sol kalça
 Sağ kasık Sol kasık
 Sağ karın Sol karın
 Sağ Göğüs Sol göğüs
 Sağ göz Sol göz
 Baş Yüz
 Boyun Sırt
 Bel Diğer

8. Kaza sonrası sağlık gözetimi gerekli mi?

- Evet Hayır

9. Olay esnasında kişisel koruyucu ekipman kullanıyor muydunuz?

- Evet Hayır



**Gazi Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
Delici Kesici Alet Yaralanması Bildirim Formu**

Doküman No:	HEF.FR.008
Yayın Tarihi:	20.03.2023
Revizyon Tarihi:	
Revizyon No:	
Sayfa:	2/3

10. Sorunun cevabı evet ise hangileri olduğunu işaretleyiniz. ()Göz magesi ()Tek kat eldiven ()Önlük ()Cerrahi maske ()Çift kat eldiven ()Yüz maskesi ()Diğer	11. Yaralanmanın şiddeti ne kadardı? () Yüzeysel () Mukozal () Derin
--	---

YARALANAN PERSONELİN ENFEKSİYON TAKİBİ:

HEPATİT B İÇİN;

	HBs Ag	Anti HBs
Başlangıç test sonucu	() Pozitif () Negatif	() Pozitif titre..... () Negatif
Aşılama takvimi	1. DOZ Tarih:	2. DOZ Tarih: 3. DOZ Tarih:
Aşılama sonrası test sonucu	() Pozitif () Negatif	() Pozitif titre.... () Negatif

Önemli Not:

- Kaynağın HBs Ag pozitif olduğu, yaralanan personelin Anti HBs negatif olduğu durumlarda;** ilk doz aşıyla (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 proflaksinin etkinliği düşer.



**Gazi Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
Delici Kesici Alet Yaralanması Bildirim Formu**

Doküman No:	HEF.FR.008
Yayın Tarihi:	20.03.2023
Revizyon Tarihi:	
Revizyon No:	
Sayfa:	3/3

HEPATİT C İÇİN;

	Anti HCV	ALT
Başlangıç test sonucu	() Pozitif () Negatifıu/L
4-6 hafta sonra (HCV RNA test sonucu)	() Pozitif () Negatif	
6. ay test sonucu	() Pozitif () Negatifıu/L

HIV İÇİN;

	Anti HIV
Başlangıç test sonucu	() Pozitif () Negatif
6. haftatest sonucu	() Pozitif () Negatif
3. ay test sonucu	() Pozitif () Negatif
6. ay test sonucu	() Pozitif () Negatif

Yaralanmaya Maruz Kalan Kişi	Tanık Olan Kişi	Bölüm Sorumlusu
Adı-Soyadı:	Adı-Soyadı:	Adı-Soyadı:
İmza:	T.C. Kimlik no:	T.C. Kimlik no:
	Tel:	Tel:
	İmza:	İmza: