

**SDÜ EĞİRDİR SHMYO SAĞLIK BAKIM HİZMETLERİ
BÖLÜMÜ KESİCİ DELİCİ ALET YARALANMALARI
BİLDİRİM VE TAKİP FORMU**

1. KİŞİSEL BİLGİLER

- Adı Soyadı:
- T.C. Kimlik No:
- Görev / Program:
- Sınıf:
- Telefon:

2. OLAY BİLGİLERİ

- Olay Tarihi: / / 20....
- Olay Saati: :
- Olay Yeri (Laboratuvar, Klinik, Derslik vb.):
- Yaralanmaya Sebep Olan Aletin Türü:
- Olayın Oluş Şekli (kısaca açıklayınız):
.....
.....

3. İLK MÜDAHALE BİLGİLERİ

- Yaralanmadan Sonra Uygulanan İşlem:
 - ☐ Su ve sabun ile yıkandı
 - ☐ Antiseptik uygulandı
 - ☐ Kanama kontrolü yapıldı
 - ☐ Diğer:
- İlk Müdahaleyi Yapan Kişi:

4. TIBBİ DEĞERLENDİRME VE TAKİP

- Başvurulan Sağlık Birimi:
- Yapılan İşlem:
- Tetanus Aşı Durumu: ☐ Yapıldı ☐ Güncel ☐ Yapılmadı
- Hepatit B Aşı Durumu: ☐ Tam ☐ Eksik ☐ Yapılmadı
- Diğer Laboratuvar / Klinik Takip:

5. SORUMLU BİLGİLERİ

- Olayı Bildiren Öğrenci / Personel:
- Bölüm Sorumlusu Öğretim Elemanı:
- Formun Düzenlendiği Tarih: / / 20....