**Öğrencinin Adı Soyadı: Numarası:**

**Olayın olduğu tarih/saat:**

**Olayın olduğu uygulama kliniği:**

Laboratuvar ( ) Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri ( ) Klinik Ortam (Hastane) ( )

**Kaza Tipi**

Kesici-Delici Alet Yaralanması ( ) Düşme Kayma ( ) Kimyasal ajanlarla temas ( )

Diğer ...... ...... .... ........ ... .

**Kan ve Vücut Sıvıları ile Temas** Var () Yok( )

**Var ise Türü** Kan ( ) İdrar ( ) Tükürük( ) Plevral Sıvı ( ) Diğer( )

**Yaralanmaya Neden Olan Alet**

Enjektör Ucu ( ) Bistüri ( ) Ampul veya Flakon ( )

İnvaziv Kateter iğnesi ( ) Diğer .. ........ .... . ....... ...

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

Evet ( ) Hayır ( )

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

Eldiven ( ) Cerrahi maske ( ) Koruyucu gözlük ( ) Önlük ( ) Yüz siperliği ( ) Diğer ( )

**Hastanın dosya numarası:**

**Hastada Risk Öyküsü** Var () Yok( ) Bilmiyorum ( )

**Hastada Risk Öyküsü “Var” ise belirtiniz:**

Kan ile bulaşan hastalıklar ( ) Hepatit B ( ) Hepatit C ( ) HN ( ) Kmm Kongo ( ) Diğer ........ .

**Hastanın Hastalığına Yönelik Öyküsü** (bulaşıcı hastalığı, taşıyıcılığı, aşıları, kan testleri)

**Yaralanma Bölgesi**

Sağ El ( ) Sol El ( ) Baş ( ) Sağ Bacak ( ) Sol Bacak ( ) Sağ Ayak ( ) Sol Ayak ( ) Yüz ( ) Sağ Baldır ( ) Sol Baldır ( ) Sağ Kol ( ) Sol Kol ( ) Boyun ( ) Sağ Karın ( ) Sol Karın ( ) Sağ Ön Kol ( ) Sol Ön Kol ( ) Sırt ( ) Sağ Kasık ( ) Sol Kasık ( ) Sağ Kalça ( ) Sol Kalça ( ) Bel ( ) Sağ Göğüs ( ) Sol Göğüs ( ) Sağ Göz ( ) Sol Göz ( ) Diğer………………..

**Yaralanmanın Şiddeti** Yüzeyel ( ) Mukozal ( ) Derin( )

**Öğrencinin Aşılama Durumu**

**Tetanoz Aşısı:** Var ( ) ………………………………………… Yok ( )

**Hepatit Aşısı A:** Var ( ) ………………………………………. Yok ( )

**Hepatit Aşısı B:** Var ( )……………………………………… Yok ( )

**Öğrenciye ait seroloji sonuçları**

**1.ay sonu ………………………………………………..**

**2. ay sonu…………………………………………………**

**3. ay sonu………………………………………………….**

**1 yıl sonu ………………………………………………….**

**Olayı Kısaca Tanımlayınız.**

**Olaydan Sonra Başvurulan Yer Olaydan Sonra Başvurulan Kişi**

( ) Çalışan sağlığı ve güvenliği birimi ( ) Sorumlu Öğretim Elemanı

( ) İş sağlığı güvenliği birimi ( ) Klinik Hemşiresi

( ) Acil servis ( ) Enfeksiyon Kontrol Hemşiresi

**Düzeltici Faaliyet Açıklama:**

**Eğitim Evet ( ) …………………………… .………….. Tarih……….. Hayır ( )**

**Diğer Evet ( ) …………………………………………... Tarih……….. Hayır( )**