



TC Sağlık Bakanlığı

**İĞDIR**  
**İL AMBULANS SERVİSİ**  
**KESİCİ - DELİCİ ALET YARALANMALARI BİLDİRİM FORMU**

Dok. Kodu:  
YÖN.01.01.03/FR-20

Yayın Tarihi: Kasım 2012

Revizyon Tarihi: 18/12/2014

Revizyon No: 00

Sayfa No:1/1

<b>BİRİM ADI</b>	
<b>AY VE YIL</b>	
<b>1. ADI:</b>	
<b>2. SOYADI:</b>	
<b>3. YARALANMA TARİHİ:</b>	<b>4. YARALANMA SAATİ:</b>
<b>5. GÖREVİ</b> <input type="checkbox"/> DOKTOR <input type="checkbox"/> PARAMEDİK <input type="checkbox"/> A.T.T. <input type="checkbox"/> SAĞLIK MEMURU <input type="checkbox"/> HEMŞİRE <input type="checkbox"/> TEMİZLİK GÖREVLİSİ <input type="checkbox"/> STAJYER <input type="checkbox"/> DİĞER(BELİRTİNİZ )	<b>6. YARALANMAYA NEDEN OLAN ALET NEDİR?</b> <input type="checkbox"/> İĞNE UCU <input type="checkbox"/> İNTRAKET <input type="checkbox"/> LANSET <input type="checkbox"/> BİSTURİ <input type="checkbox"/> KIRIK CAM, AMPUL <input type="checkbox"/> DİĞER (BELİRTİNİZ)
<b>7. YER TANIMI</b> <input type="checkbox"/> OLAY YERİ <input type="checkbox"/> AMBULANS İÇİ <input type="checkbox"/> ACİL SERVİS <input type="checkbox"/> DİĞER (BELİRTİNİZ)	<b>8. YARALANMA BÖLGESİ BÖLGESİ</b> <input type="checkbox"/> SAĞ EL <input type="checkbox"/> SAĞ AYAK <input type="checkbox"/> SAĞ ÖN KOL <input type="checkbox"/> SAĞ KOL <input type="checkbox"/> SAĞ KALÇA <input type="checkbox"/> SAĞ BACAĞ <input type="checkbox"/> SAĞ BALDIR <input type="checkbox"/> SAĞ KARIN <input type="checkbox"/> SAĞ GÖĞÜS <input type="checkbox"/> SAĞ GÖZ <input type="checkbox"/> SOL EL <input type="checkbox"/> SOL AYAK <input type="checkbox"/> SOL ÖNKOL <input type="checkbox"/> SOL KOL <input type="checkbox"/> SOL KALÇA <input type="checkbox"/> SOL BACAĞ <input type="checkbox"/> SOL BALDIR <input type="checkbox"/> SOL KARIN <input type="checkbox"/> SOL GÖĞÜS <input type="checkbox"/> SOL GÖZ <input type="checkbox"/> BAŞ <input type="checkbox"/> YÜZ <input type="checkbox"/> BOYUN <input type="checkbox"/> SIRT <input type="checkbox"/> BEL <input type="checkbox"/> SAĞ KASIK <input type="checkbox"/> SOL KASIK <input type="checkbox"/> DİĞER( )
<b>9. YARALANMAYA NEDEN OLAN ALET BİR HASTANIN VÜCUD MATERYALİ İLE KONTAMİNE OLMUŞ MU?</b> <input type="checkbox"/> EVET <input type="checkbox"/> HAYIR	
<b>10. 9. SORUNUN CEVABI EVET İSE HASTANIN KAN YOLU İLE BULAŞAN BİR HASTALIĞI VAR MI?</b> <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> HEPATİT C <input type="checkbox"/> DİĞER (BELİRTİNİZ) <input type="checkbox"/> HEPATİT B <input type="checkbox"/> KIRIM KONGO	
<b>11. OLAY ESNASINDA KİŞİSEL KORUYUCU EKİPMAN KULLANIYOR MUYDUNUZ?</b> <input type="checkbox"/> EVET <input type="checkbox"/> HAYIR	
<b>12. 11. SORUNUN CEVABI EVET İSE HANGLERİ OLDUĞUNU İŞARETLEYİNİZ.</b> <input type="checkbox"/> TEK KAT ELDİVEN <input type="checkbox"/> ÇİFT KAT ELDİVEN <input type="checkbox"/> DİĞER(BELİRTİNİZ) <input type="checkbox"/> ÖNLÜK <input type="checkbox"/> YÜZ MASKESİ <input type="checkbox"/> GÖZ MASKESİ <input type="checkbox"/> CERRAHİ MASKE	
<b>13. YARALANMANIN ŞİDDETİ NE KADARDI?</b> <input type="checkbox"/> YÜZEYEL <input type="checkbox"/> MUKOZAL <input type="checkbox"/> DERİN	
<b>14. Eğer varsa hasta bilgileri ve vaka protokol numarası:</b>	
<b>NOT: Bu form doldurulduktan sonra Çalışan güvenliği birimine teslim edilecektir.</b>	

HAZIRLAYAN	KONTROL EDEN	ONAYLAYAN
Kalite Yönetim Birimi Özlem TAŞDEMİR	Kalite Yönetim Direktörü Betül TÖREMEN	Dt. Taner BAŞARAN İl Ambulans Servisi Başhekimi