|  |
| --- |
| ***ÖĞRENCİYE / ÖĞRETİM ELEMANINA AİT BİLGİLER*** |
| **Ad-Soyad:** |
| **No:** |
| **Telefon No:** |
| **e-mail:** |
| **Aşı bilgileri: Tetanoz aşısı:**  Var Yok **Hepatit B aşısı:**  Var Yok |
| ***OLAY İLE İLGİLİ BİLGİLER*** |
| **Olayın meydana geldiği tarih ve saat:**  |
| **Bildirim yapılan tarih ve saat:** |
| **Olayın meydana geldiği yer:** |
| **\*Bildirimi yapılan olayın konusu nedir?**  |

|  |
| --- |
| * Kesici delici alet yaralanmaları
 |
| * Kan ve vücut sıvılarıyla temas
 |
| * Düşmeler
 |
| * Diğer……………………
 |

 |
| **Yaralanma var mı? :** Var Yok |
| **Yaranın yeri ve türü**: ………………… Açık yara Kapalı yara  |
| **Kullanılması gereken kişisel koruyucu ekipman kullanımı:**  Var ……………………….. Yok |
| **Olayı kısaca anlatınız:** |
| ***HASTA BİLGİLERİ (Hasta ile kontamine alet yaralanması var ise)*** |
| **Hastanın Adı Soyadı: Bulaşıcı hastalığı var ise tanı:** |
|

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Hastanın Test Sonuçları(tarih)** | **Hbs-Ag**  | **Anti-Hbs** | **Anti HCV** | **Anti HIV** |
| **Pozitif** |  |  |  |  |
| **Negatif** |  |  |  |  |

 |
| ***ÖĞRENCİNİN/ÖĞRETİM ELEMANININ İSTENMEYEN OLAY SONRASI TAKİBİ*** |
| **Tedavi yapıldı mı?**  Evet Hayır  | **Tetkik istendi mi?**  Evet  Hayır | **Takibi gerekli mi?**  Evet (Sıklık: Gün/hafta/ay/yıl) Hayır |
|

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  **Test Sonuçları**  | **Olay anında** | **1. Ayın sonu** | **6.ayın sonu** |
| **Hbs-Ag** |  |  |  |
| **Anti- Hbs** |  |  |  |
| **Anti HCV** |  |  |  |
| **Anti HIV** |  |  |  |
| Öğrenci / öğretim elemanı, tetkik ve takip sürecindeki tüm laboratuvar sonuçlarını Risk Değerlendirme Komisyonu’na teslim eder. |

 |
| **Öğrenci/Öğretim Uygulama sorumluları adı soyadı RD komisyon üyesi adı soyadı****Elemanı adı soyadı**  **imza: imza: imza:**  |