|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***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:** | | | |