



**PERSONEL YARALANMALARI BİLDİRİM
VE TAKİP FORMU**

Dokuman No:	ENF.FR.01
Yayın Tarihi:	17.10.2009
Rev.No:	00
Rev.Tarihi:	
Sayfa No:	1/1

İRTİBAT Mesai içi: EKK:155 Mesai Dışı:Acil Servis:191

OLAY YERİ: _____ **TARİH:** _____ **SAAT:** _____

ÇALIŞAN BİLGİLERİ

Adı Soyadı:	Sicil No:
Bölümü:	Ünvanı:

ÇALIŞANIN TEST SONUÇLARI

Test Adı	Olay anında	1. ayın sonunda	3.ayın sonunda	6.ayın sonunda	1.yılın sonunda
Hbs Ag Anti-Hbs HCV HIV					

ÇALIŞAN AŞI BİLGİLERİ

Tetanoz Aşısı	<input type="checkbox"/> VAR	<input type="checkbox"/> YOK	Tarih:
Hepatit -B Aşısı	<input type="checkbox"/> VAR	<input type="checkbox"/> YOK	Tarih:

HASTA BİLGİLERİ

Adı Soyadı:	Tanı :
Protokol Numarası :	

HASTANIN TEST SONUÇLAR

TEST ADI:	HbS Ag	Hbe Ag	HCV	HIV
Pozitif(+)				
Negatif(-)				

OLAYIN NEDENİ

<input type="checkbox"/> İNVAZİV GİRİŞİMLER	<input type="checkbox"/> ÇÖP TOPLAMA
<input type="checkbox"/> PANSUMAN YAPMA	<input type="checkbox"/> DİĞER

OLAY ANINDA KORUYUCU ÖNLEM LERİN KULLANIMI

ÖNLÜK	<input type="checkbox"/> VAR	<input type="checkbox"/> YOK
ELDİVEN	<input type="checkbox"/> VAR	<input type="checkbox"/> YOK
MASKE	<input type="checkbox"/> VAR	<input type="checkbox"/> YOK
DİĞER KORUYUCU ÖNLEMLER	<input type="checkbox"/> VAR	<input type="checkbox"/> YOK

AÇIKLAMA

Formu Dolduran Yetkilinin
Adı Soyadı:

Görevi:

İmza :