 **1. ADI SOYADI:**

1. **TC NO / İLETİŞİM: 3.GÖREV YERİ:**

 **4.YARALANMA TARİHİ SAATİ :**

 **5.GÖREVİ**

DOKTOR HEMŞİRE TEKNİSYEN

TEMİZLİK GÖREVLİSİ STAJYER

DİĞER ( BELİRTİNİZ )

7. YER TANIMI

AMELİYATHANE LABORATUAR HASTA ODASI KAN ALMA

RADYOLOJİ

ENDOSKOPİ ODASI KLİNİK / SERVİS DİŞ KLİNİĞİ

DİĞER ( BELİRTİNİZ )

6. YARALANMAYA NEDEN OLAN SIVININ CİNSİ NEDİR ?

KAN İDRAR DIŞKI BALGAM

PERKÜTAN SIVI DİĞER ( BELİRTİNİZ )

1. **YARALANMAYA NEDEN OLAN SIVI ENFEKTE Mİ ?**

EVET HAYIR

1. **8. SORUNUN CEVABI EVET İSE HASTANIN KAN YOLU İLE BULAŞAN BİR HASTALIĞI VAR MI ?**

HIV HEPATİT C DİĞER ( BELİRTİNİZ ?

HEPATİT B KIRIM KONGO

1. **OLAY ESNASINDA KİŞİSEL EKİPMAN KULLANIYORMUYDUNUZ ?**

EVET HAYIR

1. **10. SORUNUN CEVABI EVET İSE HANGİLERİ OLDUĞUNU İŞARETLEYİNİZ.**

TEK KAT ELDİVEN ÇİFT KAT ELDİVEN DİĞER ( BELİRTİNİZ ) ÖNLÜK YÜZ MASKESİ

GÖZ MASKESİ CERRAHİ MASKE

**12.OLAYI ANLATINIZ**

**13.VERİLEN EĞİTİM**

**14.TEDAVİ SÜRECİ (TETKİK, TEDAVİ, SONUÇ):**

**HBsAg :**

**ANTİ HİV:**

**ANTİHBS :**

**ANTİ HCV :**

**15.KONTROL PERİYOTLARI**

**3 Ay Kontrol Sonuc**

**6 Ay Kontrol Sonucu**

6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu kapsamında, kişisel verilerimin saklanmasına kaydedilmesine peşinen izin verdiğimi ve muvafakat ettiğimi kabul, beyan ve taahhüt ederim.

**EĞİTİMİ ALAN/TAKİP EDİLEN EĞİTİM VEREN TAKİP EDEN (EKK)**

**ADI SOYADI ADI SOYADI**

**İMZA İMZA**