



Özel **EKOL HASTANESİ**  
KESİCİ/DELİCİ ALET YARALANMALARI  
BİLDİRİM FORMU



**OLAYA AİT BİLGİLER**

YARALANAN ADI SOYADI : .....  
ÇALIŞTIĞI SERVİS/BÖLÜM ADI : .....  
YARALANMA TARİHİ : ...../...../20.....  
YARALANMA SAATİ : .....

**PERSONELİN GÖREVİ**

HEKİM  İDARİ PERSONEL  
 HEMŞİRE  TEKNİK VE DESTEK PERSONELİ  
 DİĞER SAĞLIK PERSONELİ

**OLAYIN MEYDANA GELDİĞİ YER**

ACİL  STERİLİZASYON ÜNİTESİ  KAN ALMA  
 AMELİYATHANE  ENDOSKOPİ ODASI  RADYOLOJİ  
 YOĞUN BAKIM  LABORATUVAR  KLİNİK/SERVİS  
 KAN BAĞIŞ/TRANSFÜZYON MERKEZİ  HASTA ODASI  DİĞER

**YARALANMAYA NEDEN OLAN ALET**

İĞNE UCU  LAM/LAMEL  
 BİSTURİ  KIRIK CAM MALZEMELER  
 KATETER  DİĞER (Belirtiniz.): .....

**YARALANMAYA NEDEN OLAN ALET BİR HASTANIN VÜCUT SIVISI İLE KONTAMİNE Mİ?**

EVET  HAYIR

**(EVET İSE) HASTANIN KAN YOLUYLA BULAŞAN BİR HASTALIĞI VAR MI?**

HIV  HEPATİT C  
 HEPATİT B  KIRIM KONGO  
 DİĞER (Belirtiniz.): .....

**OLAY ESNASINDA KULLANILAN KORUYUCU EKİPMANLAR**

TEK KAT ELDİVEN  MASKE (GÖZ/YÜZ MASKESİ)  
 ÇİFT KAT ELDİVEN  CERRAHİ MASKE  
 ÖNLÜK  GÖZLÜK  
 DİĞER (Belirtiniz.): .....

Doküman No	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
İO.FR.02	01.01.2021	01	04.01.2023	1 / 2



**Özel EKOL HASTANESİ**  
**KESİCİ/DELİCİ ALET YARALANMALARI**  
**BİLDİRİM FORMU**



**OLAYIN KONUSU**

**OLAYIN GELİŞİM SÜRECİ**

**OLAYA İLİŞKİN GÖRÜŞ VE ÖNERİLER**

<i>Doküman No</i>	<i>Yayın Tarihi</i>	<i>Revizyon No</i>	<i>Revizyon Tarihi</i>	<i>Sayfa No</i>
<i>İO.FR.02</i>	<i>01.01.2021</i>	<i>01</i>	<i>04.01.2023</i>	<i>2 / 2</i>