



# İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ BİRİMİ ÇALIŞAN YARALANMA FORMU

Doküman Kodu	SÇ.FR.02
Yayın Tarihi	14.10.2016
Revizyon Numarası	3
Revizyon Tarihi	28.11.2023
Sayfa No	1 / 1

Verdiğim bilginin doğru olduğunu beyan ederim.

ADI SOYADI İMZA:	TC:	
YAŞI:	CİNSİYETİ:	
GÖREVİ:	GÖREV YERİ:	
TELEFON:		
YARALANMA TİPİ	( ) İĞNE BATMASI ( ) MUKOZA TEMASI ( ) KESİCİ DELİCİ YARALANMA ( ) SIÇRAMA (KAN VE VUCÜT SIVILARINA MARUZİYET) ( ) DİĞER	
YARALANMANIN TARİHİ VE SAATİ		
YARALANMANIN YERİ		
YARALANMA OLAYINI ANLATINIZ		
YARALANMA SONRASI NE YAPTINIZ?		
YARALANMAYA NEDEN OLAN ALET BİR HASTANIN VÜCUT MATERYALİ İLE KONTAMİNE OLMUŞ MU?		
( ) EVET ( ) HAYIR		
CEVABINIZ EVET İSE HASTANIN KAN YOLU İLE BULAŞAN BİR HASTALIĞI VAR MI? (KAYNAK TC NO)		
( ) HEPATİT B ( ) HEPATİT C	( ) HIV ( ) KIRIM KONGO ( ) DİĞER BELİRTİNİZ?	
OLAY ESNASINDA KİŞİSEL KORUYUCU EKİPMAN KULLANIYOR MUYDUNUZ?		
( ) EVET ( ) HAYIR		
CEVABINIZ EVET İSE HANGİ EKİPMANI KULLANIYORDUNUZ?		
( ) ÖNLÜK ( ) TEK KAT ELDİVEN ( ) YÜZ MASKESİ ( ) DİĞER ( ) GÖZLÜK ( ) ÇİFT KAT ELDİVEN ( ) CERRAHİ MASKE		
YARALANAN PERSONELİN SEROLOJİSİ		
(+ - )HBsAg (+ - )anti HBs (+ - )anti HBcIgG (+ - )anti-HCV (+ - )anti HIV		
İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ BİRİMİ BAŞVURU SONUCU YARALANAN FORMU DOLDURULUP KİŞİ İLGİLİ POLİKLİNİĞİNE YÖNLENDİRİLDİ.	TARİH / SAAT	UYGULAYAN KİŞİ
İLGİLİ POLİKLİNİK DOKTOR GÖRÜŞÜ		KAŞE-İMZA
<b>ÖNEMLİ NOT:</b> İLGİLİ POLİKLİNİK TARAFINDAN SEROLOJİK TAKİP ÖNERİLDİĞİ TAKDİRDE TEST SONUÇLARIMI VE İŞ KAZAS BİLDİRİMİNİ İLGİLİ BİRİMLERE BİLDİRMEM KONUSUNDA İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ BİRİMİ TARAFINDAN BİLGİLENDİRİLDİM. İŞ KAZASI BİLDİRMEDİĞİM VE TAKİPLERİMİ YAPTIRMADIĞIM DURUMDA DOĞACAK HER TÜRLÜ YASAL SORUMLULUĞU (MADDİ, MANEVİ) KABUL EDİYORUM. OKUDUM ANLADIM.		
ADI SOYADI:	İMZA:	TARİH:
		KAŞE İMZA TARİHİ
... AY KONTROLÜ/ DOKTOR NOTU:		
...AY KONTROLÜ/ DOKTOR NOTU:		
...AY KONTROLÜ/ DOKTOR NOTU:		