|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Adı:** | **Cinsiyeti: K( ) E( )** | **Tarih:**  |
| **Soyadı:** | **Yaşı:** | **Görevi:** |
| **Hastalık Durumu:** | **Telefon:** | **Görevi Yeri:** |
| **Yaralanma Tipi: İğne Batması ( ) Kesici Delici Aletle Yaralanma ( ) Mukoza Teması ( )** |
| **Yaralanma Tarihi ve Saati:** | **Enfeksiyon Kontrol Komitesine Başvurduğu Tarih ve Saat:** |
| **Yaralanma Sonrası Ne Yapıldı?** |
| **Kaynak:**  Biliniyor ( ) Bilinmiyor ( ) |
| **Kaynak Biliniyorsa Serolojisi:** | HbsAg( + ) ( - ) | AntiHCV( + ) ( - ) | AntiHIV( + ) ( - ) |  |
| **Yaralanan Personelin Serolojisi:** | HbsAg( + ) ( - ) | AntiHbs( + ) ( - ) | AntiHbs IcG( + ) ( - ) | AntiHIV( + ) ( - ) | AntiHCV( + ) ( - ) |
|  **Yapılan Uygulama** |
|  | **Uygulama Tarih ve Saati** | **Uygulamayı Yapan** |
| **Tetanoz Proflaksisi: ( )** |  |  |  |
| **Sadece Hepatit B Aşısı: ( )** |  |  |  |
| **Hepatit B Aşısı+** **Hepatit B Ig: ( )** |  |  |  |
| **Bir Şey Yapılmadı: ( )** |  |  |  |
| **Diğer(Belirtiniz): ( )** |  |  |  |