



**KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ**

**ÖĞRENCİ YARALANMA**  
**TAKİP FORMU**



Sayfa 1/1

Verdiğim bilginin doğru olduğunu beyan ederim

|                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                    |                       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|
| <b>ADI SOYADI İMZA:</b>                                                                                                                                                                                  | <b>TC KİMLİK NO:</b>                                                                                                                                                                                                                                               |                       |
| <b>YAŞI:</b>                                                                                                                                                                                             | <b>ÖĞRENCİ NO:</b>                                                                                                                                                                                                                                                 |                       |
| <b>UYGULAMA DERSİ:</b>                                                                                                                                                                                   | <b>CİNSİYETİ:</b>                                                                                                                                                                                                                                                  |                       |
| <b>TELEFON:</b>                                                                                                                                                                                          | <b>UYGULAMA YAPTIĞI KLİNİK:</b>                                                                                                                                                                                                                                    |                       |
| <b>YARALANMA TİPİ</b>                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> ENJEKTÖR İĞNESİNİN BATMASI<br><input type="checkbox"/> MUKOZA TEMASI<br><input type="checkbox"/> KESİCİ DELİCİ ALET YARALANMASI<br><input type="checkbox"/> SIÇRAMA (KAN VE VÜCUT SIVILARINA MARUZİYET)<br><input type="checkbox"/> DİĞER |                       |
| <b>YARALANMA TARİHİ VE SAAT</b>                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                    |                       |
| <b>YARALANAN VÜCUT BÖLGESİ</b>                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                    |                       |
| <b>YARALANMA OLAYINI ANLATINIZ</b>                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                    |                       |
| <b>YARALANMA SONRASI NE YAPTINIZ?</b>                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                    |                       |
| <b>YARALANMAYA NEDEN OLAN ALET BİR HASTANIN VÜCUT MATERYALI İLE KONTAMİNE OLMUŞ MU?</b>                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                    |                       |
| <input type="checkbox"/> EVET<br><input type="checkbox"/> HAYIR                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                    |                       |
| <b>CEVABINIZ EVET İSE HASTANIN KAN YOLU İLE BULAŞAN HERHANGİ BİR HASTALIĞI VAR MI?</b>                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                    |                       |
| <input type="checkbox"/> HEPATİT B<br><input type="checkbox"/> HEPATİT C                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> HIV<br><input type="checkbox"/> KIRIM KONGO KANAMALI ATEŞİ<br><input type="checkbox"/> DİĞER                                                                                                                                              |                       |
| <b>OLAY ESNASINDA KORUYUCU EKİPMAN KULLANIYOR MUYDUNUZ?</b>                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                    |                       |
| <input type="checkbox"/> EVET<br><input type="checkbox"/> HAYIR                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                    |                       |
| <b>CEVABINIZ EVET İSE HANGİ EKİPMANI KULLANIYORDUNUZ?</b>                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                    |                       |
| <input type="checkbox"/> ÖNLÜK<br><input type="checkbox"/> GÖZLÜK                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> TEK KAT ELDİVEN<br><input type="checkbox"/> ÇİFT KAT ELDİVEN<br><input type="checkbox"/> YÜZ MASKESİ<br><input type="checkbox"/> CERRAHİ MASKE<br><input type="checkbox"/> DİĞER                                                          |                       |
| <b>YARALANAN ÖĞRENCİNİN SEROLOJİSİ</b>                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                    |                       |
| <input type="checkbox"/> (+ -) HBs Ag <input type="checkbox"/> (+ -) anti HBs <input type="checkbox"/> (+ -) anti HBcIgG <input type="checkbox"/> (+ -) anti HCV <input type="checkbox"/> (+ -) anti HIV |                                                                                                                                                                                                                                                                    |                       |
| <b>İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ BİRİMİ BAŞVURU SONUCU</b><br><b>YARALANMA FORMU DOLDURULUP ÖĞRENCİ İLGİLİ</b><br><b>AİLE HEKİMİNE YÖNLENDİRME</b>                                                             | <b>TARİH/SAAT</b>                                                                                                                                                                                                                                                  | <b>UYGULAYAN KİŞİ</b> |
| <b>İLGİLİ AİLE HEKİMİ GÖRÜŞÜ</b>                                                                                                                                                                         | <b>KAŞE-İMZA</b>                                                                                                                                                                                                                                                   |                       |
| <b>ÖNEMLİ NOT: İLGİLİ AİLE HEKİMİ POLİKLİNİĞİ TARAFINDAN SEROLOJİK TAKİP ÖNERİLDİĞİ TAKTİRDE TEST SONUÇLARIMI TAKİP EDECEĞİMİ KABUL EDİYORUM. OKUDUM ANLADIM.</b>                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                    |                       |
| <b>ADI SOYADI:</b>                                                                                                                                                                                       | <b>İMZA:</b>                                                                                                                                                                                                                                                       | <b>TARİH:</b>         |
|                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                    | <b>KAŞE-İMZA</b>      |
| .....AY KONTROL/HEKİM NOTU:                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                    |                       |
| .....AY KONTROL/HEKİM NOTU:                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                    |                       |
| .....AY KONTROL/HEKİM NOTU:                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                    |                       |