|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi**  **Diş Hekimliği Uygulama ve Araştırma Merkezi**  **Kesici Delici Alet Yaralanması Takip Formu** | Doküman No. | SEN.FR.01 |
| Yayın Tarihi | 27.01.2020 |
| Revizyon Tarihi | 25.11.2021 |
| Revizyon No. | 1 |
| Sayfa No. | 1/2 |

1. **ADI:**
2. **SOYADI:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **3.** | **İMZA:** | **5.** | **TARİH/ SAAT:** |  |  |  |  |
| **4.** | **GÖREVİ** | **6. YARALANMAYA NEDEN OLAN NEDİR?** | | | |  |  |
|  | DOKTOR |  | İĞNE UCU |  |  |  |  |
|  | HEMŞİRE |  | BİSTURİ |  |  |  |  |
|  | TEKNİSYEN |  | KATATER |  |  |  |  |
|  | TEMİZLİK PERSONELİ |  | LAM-LAMEL |  |  |  |  |
|  | STAJYER |  | KIRIK CAM MLZ. |  |  |  |  |
|  | DİŞ TEKNİKERİ |  | DİĞER |  |  |  |  |
|  | BİLGİ İŞLEM |  |  |  |  |  |  |
|  | DİĞER |  |  |  |  |  |  |
| **7.** | **YER TANIMI** | **8.** | **YARALANMA BÖLGESİ** |  |  |  |  |
|  | ACİL |  | SAĞ EL |  | SOL EL |  | BAŞ |
|  | AMELİYATHANE |  | SAĞ ÖN KOL |  | SOL ÖN KOL |  | YÜZ |
|  | LABORATUVAR |  | SAĞ KOL |  | SOL KOL |  | BOYUN |
|  | RÖNTGEN |  | SAĞ AYAK |  | SOL AYAK |  | SIRT |
|  | KLİNİK |  | SAĞ BACAK |  | SOL BACAK |  | BEL |
|  | STERİLİZASYON |  | SAĞ BALDIR |  | SOL BALDIR |  |  |
|  | TEKNİK SERVİS |  | SAĞ KALÇA |  | SOL KALÇA |  |  |
|  | DEPO |  | SAĞ KASIK |  | SOL KASIK |  | DİĞER |
|  | BİLGİ İŞLEM |  | SAĞ KARIN |  | SOL KARIN |  | (belirtiniz) |
|  | DİĞER |  | SAĞ GÖĞÜS |  | SOL GÖĞÜS |  |  |
|  |  |  | SAĞ GÖZ |  | SOL GÖZ |  |  |

1. **YARALANMAYA NEDEN OLAN ALET BİR HASTANIN VÜCUT MATERYALİ İLE KONTAMİNE OLMUŞ MU?**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| EVET |  | HAYIR |

1. **9. SORUNUN CEVABI EVET İSE HASTANIN KAN YOLU İLE BULAŞAN BİR HASTALIĞI VARMI?**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| HIV |  | HEPATİT C |  | DİĞER (Belirtiniz) |
| HEPATİT B |  | KIRIM KONGO |  |  |

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| EVET |  | HAYIR |

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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| TEK KAT ELDİVEN | |  | ÇİFT KAT ELDİVEN |  | DİĞER (Belirtiniz) |
| ÖNLÜK | |  | YÜZ MASKESİ |  |  |
| GÖZ MASKESİ |  |  | CERRAHİ MASKE |  |  |

1. **YARALANMANIN ŞİDDETİ NE KADARDI?**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| YÜZEYEL | |  | MUKOZAL | | | |  | DERİN |
|  | |  | | | | | | | | | | |  | |  |  |  |  | | |  |
| **Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi**  **Diş Hekimliği Uygulama ve Araştırma Merkezi**  **Kesici Delici Alet Yaralanması Takip Formu** | | | | | | | | | | | | | Doküman No. | | | | | SEN.FR.01 |
| Yayın Tarihi | | | | | 27.01.2020 |
| Revizyon Tarihi | | | | | 25.11.2021 |
| Revizyon No. | | | | | 1 |
| Sayfa No. | | | | | 2/2 |
|  | | **YARALANAN PERSONELİN ENFEKSİYON TAKİBİ:**  **YARALANAN PERSONELİN HEPATİT B İÇİN;** | |  | | |  |  |  | | | |  | |  |  |  |  | | |  |
|  | |  | |  | | |  |  | HBs Ag | | | |  | |  | Anti HBs | | | | |  |
|  | | Başlangıç test sonucu | |  | | |  | **Pozitif** | | | | |  | | **Pozitif** | **titre…..** | | | | |  |
|  | |  | |  | | |  | **Negatif** | | | | |  | | **Negatif** |  |  |  | | |  |
|  | | Aşılama takvimi | |  | | |  |  | 1. DOZ | | | |  | | 2. DOZ |  |  | 3. DOZ | | |  |
|  | |  | |  | | |  |  |  | | | |  | |  |  |  |  | | |  |
|  | |  | |  | | |  |  | …./…./20…. | | | |  | | …./…./20…. |  |  | …./…./20…. | | |  |
|  | |  | |  | | |  |  | | | | |  | |  |  | |  | | |  |
|  | | Aşılama sonrası test sonucu | |  | | |  | **Pozitif** | | | | |  | | **Pozitif** | **titre….** | | | | |  |
|  | |  | |  | | |  | **Negatif** | | | | |  | | **Negatif** |  |  |  | | |  |

**Önemli Not:**

1. **Kaynağın HBs Ag pozitif olduğu, yaralanan personelin AntiHBs negatif olduğu durumlarda;** ilk doz aşıyla (olay anında,1. Ayda ve 6. Ayda aşılama yapılmalı) birlikte ilk 24 saat içerisinde “Hepatit B İmmunglobulin uygulaması gerekmektedir.
2. Anti HBs pozitif ise personel Hepatit B yönünden korunuyor demektir. (takip gerekmez) 3. ve 6. Aylarda tekrar bakılmasına gerek yoktur. Personel aşısız ise; Hepatit b aşı şeması (0,1. Ve 6. Aylar)
3. **Kaynağın HCV pozitif olduğu durumda;** AntiHCV ve ALT; olay anında ve 6 ay sonra bakılır.Erken tanı için 4-6 hafta sonraHCV RNA bakılır.(+) çıkarsa tedavinin erken başlaması önemli, Enfeksiyon hastalıkları polk’ negönderilmeli.
4. **Kaynağın HIV pozitif olduğu durumda;** Proflaksi başlamak için yaralanan personel enfeksiyon hastalıkları polk’ neyönlendirilmeli. Yaralanmanın üzerinden 72 saat geçerse proflaksinin etkinliği düşer.

**HEPATİT C İÇİN;**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Anti HCV | ALT |
| Başlangıç test sonucu | **Pozitif** | **………ıu/L** |
|  | **Negatif** |  |
| 4-6 hafta sonra (HCV RNA test sonucu) | **Pozitif** |  |
|  | **Negatif** |  |
|  |  |  |
| 6. ay test sonucu | **Pozitif** | **………ıu/L** |
|  | **Negatif** |  |
| **HIV İÇİN;** |  |  |
|  | Anti HIV |  |
| Başlangıç test sonucu | **Pozitif** |  |
|  | **Negatif** |  |
| 6. hafta test sonucu | **Pozitif** |  |
|  | **Negatif** |  |
|  |  |  |
| 3. ay test sonucu | **Pozitif** |  |
|  | **Negatif** |  |
| 6. ay test sonucu | **Pozitif** |  |
|  | **Negatif** |  |

Aşağıda Adı Soyadı imzası olan personel Kesici/Delici alet yaralanması nedeniyle gerekli tetkik ve tedavileri yapılmak üzere

………………………………………………….Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları Polikliniğine yönlendirilmiştir. …./…./20…

Yaralanan Personelin

Adı Soyadı – İmza

Enfeksiyon Kontrol Hemşiresi

Adı Soyadı – İmza