



**İÜ**  
**ONKOLOJİ ENSTİTÜSÜ**  
**KONTAMİNE METARYALE TEMASIKESİCİ DELİCİ ALETLERLE**  
**YARALANMA KAYIT VE İZLEM FORMU**

TARİH:.....

**Temas eden kişinin**

Adı soyadı:.....

Görevi:.....

Çalıştığı Birim:.....

Daha önceden hepatit B aşısı yapılmış mı/ kaç doz?:.....

Yapılmış ise antikor cevabı var mı/titresi:.....

Daha önce benzer bir yaralanma geçirmiş mi / kaç kez?:.....

Meslekte toplam çalıştığı yıl:.....

**Temas ile ilgili**

Temasın niteliği:

- a) İğne batması      b) Bistüri vb kesici alet yaralanması      c) Göze kan/vücut sıvısı sıçraması,  
d) Açık yara veya kesiyeye kan/vücut sıvısıyla temas      e) Diğer: .....

Temasın Gerçekleştiği Ünite: .....

Temas Sırasında Uygulanan İşlem :.....

**Kaynak ile ilgili**

- a) Kaynak biliniyor      b) Kaynak bilinmiyor

Biliniyor ise hepatit ve HIV durumu:.....

Kaynağın alt hastalığı.....

Kaynağa kan veya kan ürünü transfuzyonu yapılmış mı / cinsi, sayısı ve süresi:

Kaynağa operasyon uygulanmış mı?

**Temas sonrası uygulanmış işlemler (yapılanları işaretleyiniz)**

- 1- Yara temizliği yapıldı
- 2- Kaynağın hepatit ve HIV durumu test edildi
- 3- Çalışanın hepatit paneli ve baz ALT düzeyi saptandı
- 4- Hepatit B Aşısı uygulandı
- 5- Hepatit B Immünglobulin uygulandı
- 6- Hiçbiri yapılmadı



**İÜ**  
**ONKOLOJİ ENSTİTÜSÜ**  
**KONTAMİNE METARYALE TEMASIKESİCİ DELİCİ ALETLERLE**  
**YARALANMA KAYIT VE İZLEM FORMU**

KAYNAK	HEMEN	2. HAFTA	6. HAFTA	12. HAFTA	6. AY
HIV POZİTİF		ANTI-HİV	ANTI-HİV	ANTI-HİV	ANTI-HİV
HBsAg Pozitif	ANTI-HBs, HBs Ag				
HCV POZİTİF	ANTI-HCV, ALT	HCV-RNA?		ANTI-HCV, ALT	ANTI-HCV, ALT
BİLİNMIYOR	ANTI-HİV ANTI-HBs ANTI-HCV HBs Ag ALT	ANTI-HİV	ANTI-HİV	ANTI-HİV	ANTI-HİV ANTI-HCV ALT

**Hepatit göstergeleri**

HbsAg ( )  
AntiHBs ( )  
AntiHBc Igg ( )  
AntiHCV ( )  
AntiHIV ( )

Tarih İmza

Tarih İmza

Tarih İmza

Tarih İmza

**Aşı uygulama programı**

1. Aşı ( ) Tarih : İmza:  
2. Aşı ( ) Tarih : İmza:  
3. Aşı ( ) Tarih : İmza:

**Son aşıdan 1 ay sonra AntiHBs için kontrol (Antikor titresi belirtilecek)**

**Kontrole geldiği tarih**

**Kanının alındığı tarih**

**Antikor titresi**

1.

**6 aylık izlemin sonucu:**

Formu Dolduran Enfeksiyon Hemşiresi: