**E.Ü.HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ UYGULAMALARINA YÖNELİK OLAY RAPORLAMA FORMU**

**Öğrencinin Adı Soyadı:**

**Olayın Olduğu Tarih:**

**Olayın Olduğu Staj**

( )Koruyucu Sağlık Hizmetleri ( ) Hastane Ortamı

**Kaza Tipi**

( )Kesici-Delici Alet Yaralanması: ( )Düşme Kayma ( ) Diğer……………………….

**Kan ve Vücut Sıvıları ile Temas**

( )Var ( ) Yok

**Var ise Türü**

( ) Kan ( )İdrar ( )Tükürük ( )Plevral Sıvı ( )Diğer

**Yaralanmaya Neden Olan Alet**

( ) Enjektör Ucu

( ) Bistüri

( )Ampul veya Flakon

( ) İnvaziv Kateter İğnesi

( ) Diğer……………………………………………………………..

**Hastada Risk Öyküsü:**

( ) Var ( )Yok ( )Bilinmiyor

**Hastanın Hastalığına Yönelik Öyküsü** (bulaşıcı hastalığı, taşıyıcılığı, aşıları ve kan testleri)

**Yaralanma Bölgesi**

( ) Sağ El ( ) Sol El ( ) Baş ( ) Sağ Bacak ( ) Sol Bacak

( ) Sağ Ayak ( ) Sol Ayak ( ) Yüz ( ) Sağ Baldır ( ) Sol Baldır

( ) Sağ Kol ( ) Sol Kol ( ) Boyun ( ) Sağ Karın ( ) Sol Karın

( ) Sağ Ön Kol ( ) Sol Ön Kol ( ) Sırt ( ) Sağ Kasık ( ) Sol Kasık

( ) Sağ Kalça ( ) Sol Kalça ( ) Bel ( ) Sağ Göğüs ( ) Sol Göğüs

( ) Sağ Göz ( ) Sol Göz ( ) Diğer

**Kullanılan Kişisel Koruyucular**

( ) Eldiven ( ) Önlük ( )Gözlük ( )Maske ( ) Diğer……………………

**Öğrencinin Aşılama Durumu**

**Tetanoz Aşısı:** ( )Var ( ) Yok

**Hepatit Aşısı A**: ( )Var ( ) Yok

**Hepatit Aşısı B:** ( )Var ( ) Yok

**Olaydan Sonra Başvurulan Yer**

( ) ÇASAGÜB ( ) Sorumlu Öğretim Elemanı ( ) Klinik Hemşiresi

**\*Bu form 2016-2017 bahar döneminde oluşturulmuştur.**