

Kan ve Vücut Sıvılarına Maruz Kalma Raporu

EPINet™

FOR MICROSOFT® ACCESS

EXPOSURE PREVENTION ►
INFORMATION NETWORK ►

EPINet is a trademark of the University of Virginia.
Windows is a registered trademark of
Microsoft Corporation in the United States and/or other countries.
Operates in Windows 95 and Windows 98 Environments.
© 2000 Becton, Dickinson and Company.
V1.1 TR

1/2010

Soyadı: _____ Adı: _____

Maruziyet No.: (sadece ofis kullanımı için) **B** _____ Kurum No.: (sadece ofis kullanımı için) _____

1) Maruziyet tarihi: 2) Maruziyet saati:

3) Olayın meydana geldiği servis / bölüm: _____

4) Çalışanı İşe Alan Departman: _____

5) Yaralanan Çalışanın İş Kategorisi Nedir: (sadece bir kutuyu işaretleyiniz)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1 Doktor (Konsültan/Uzman Asistan); uzmanlığını belirtin _____ | <input type="checkbox"/> 10 Klinik Laboratuvar Teknisyeni |
| <input type="checkbox"/> 2 Doktor (Intern) uzmanlığını belirtin _____ | <input type="checkbox"/> 11 Teknisyen (laboratuvar dışı) |
| <input type="checkbox"/> 3 Tıp öğrencisi | <input type="checkbox"/> 12 Diş Hekimi |
| <input type="checkbox"/> 4 Hemşire: Açıklayınız ==> <input type="checkbox"/> 1 Personel | <input type="checkbox"/> 13 Dental Hijyeni Uzmanı/Dişhekimliği Hemşiresi |
| <input type="checkbox"/> 5 Hemşirelik öğrencisi <input type="checkbox"/> 2 Hemşire/Nöbetçi | <input type="checkbox"/> 14 Kat görevlisi/Hizmetli |
| <input type="checkbox"/> 18 Hasta bakıcı <input type="checkbox"/> 3 Uzman | <input type="checkbox"/> 19 Çamaşırhane işçisi |
| <input type="checkbox"/> 7 Anestezi/Cerrahi teknisyeni <input type="checkbox"/> 4 Konsültan | <input type="checkbox"/> 20 Güvenlik/Taşıyıcı |
| <input type="checkbox"/> 8 Diğer görevliler <input type="checkbox"/> 5 Ebe | <input type="checkbox"/> 16 Ambulans/Paramedik |
| <input type="checkbox"/> 9 Flebotomist/Kan alma/Damar yolu açma ekibi <input type="checkbox"/> 6 Vekil (geçici personel) | <input type="checkbox"/> 17 Diğer Öğrenci |
| <input type="checkbox"/> 22 Yardımcı tıp personeli | <input type="checkbox"/> 21 Steril hizmetler |
| | <input type="checkbox"/> 15 Diğer, tanımlayınız: _____ |

6) Maruziyet Nerede Meydana Geldi? (sadece bir şıkı işaretleyiniz)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1 Hasta Odası/Servis | <input type="checkbox"/> 9 Diyaliz Merkezi (hemodiyaliz ve periton diyalizi) |
| <input type="checkbox"/> 2 Hasta Odasının Dışında (koridor, hemşire istasyonu, tedavi odası) | <input type="checkbox"/> 10 İşlem odası (Röntgen, EKG vb) |
| <input type="checkbox"/> 3 Acil Departmanı | <input type="checkbox"/> 11 Klinik Laboratuvarlar |
| <input type="checkbox"/> 4 Yoğun/Kritik Bakım Ünitesi: üniteyi tanımlayınız: _____ | <input type="checkbox"/> 12 Morg/Patoloji |
| <input type="checkbox"/> 5 Ameliyathane/Uyanma Odası | <input type="checkbox"/> 13 Servis/Hizmetler (çamaşır, merkezi güç, yükleme doku vb) |
| <input type="checkbox"/> 6 Poliklinik/Ofis | <input type="checkbox"/> 16 Doğum ve Eylem Odası |
| <input type="checkbox"/> 7 Kan Bankası | <input type="checkbox"/> 17 Günlük Bakım Merkezi |
| <input type="checkbox"/> 8 Kan Alma Merkezi | <input type="checkbox"/> 14 Diğer, tanımlayınız: _____ |

7) Kaynak Hasta Tanımlanabilir mi? (Sadece bir kutuyu işaretleyiniz)

- 1 Evet 2 Hayır 3 Bilinmiyor 4 Uygulanamaz

8) Maruziyete Hangi Vücut Sıvıları Dahil Olmuştur? (geçerli olan tüm şıkları işaretleyiniz)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Kan veya Kan Ürünleri | <input type="checkbox"/> Periton sıvısı |
| <input type="checkbox"/> Kusmuk | <input type="checkbox"/> Plevra sıvısı |
| <input type="checkbox"/> Balgam | <input type="checkbox"/> Amniyotik Sıvı |
| <input type="checkbox"/> Tükürük | <input type="checkbox"/> İdrar |
| <input type="checkbox"/> BOS | <input type="checkbox"/> Diğer, tanımlayınız: _____ |

Vücut Sıvısında Gözle Görülür Şekilde Kan Bulunuyor muydu? Evet Hayır Bilinmiyor

9) Maruziyete Konu Olan Vücut Bölgesini Belirtin: (geçerli olan tüm şıkları işaretleyiniz)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Sağlam deri | <input type="checkbox"/> Burun (mukoza) |
| <input type="checkbox"/> Sağlam olmayan deri | <input type="checkbox"/> Ağız (mukoza) |
| <input type="checkbox"/> Gözler (konjunktiva) | <input type="checkbox"/> Diğer, tanımlayınız: _____ |

10) Kan veya Vücut Sıvısı: (geçerli olan tüm şıkları işaretleyiniz)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Korunmasız deriye temas etti mi? | <input type="checkbox"/> Koruyucu veya Bariyer Giysiden Sızdı mı? |
| <input type="checkbox"/> Koruyucu Giysilerdeki Boşluk Arasından Deriyle Temas Etti mi? | <input type="checkbox"/> Elbiseden Sızdı mı? |

11) Maruziyet Anında Hangi Koruyucu Kıyafetler Giyilmekteydi: (geçerli olan tüm şıkları işaretleyiniz)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Tek Çift Lateks/Vinil Eldiven | <input type="checkbox"/> Cerrahi Maske |
| <input type="checkbox"/> İki Çift Lateks/Vinil Eldiven | <input type="checkbox"/> Cerrahi Elbise |
| <input type="checkbox"/> Koruyucu Gözlük | <input type="checkbox"/> Plastik Önlük |
| <input type="checkbox"/> Gözlük (koruyucu ekipman değildir) | <input type="checkbox"/> Laboratuvar Önlüğü, Kıyafeti (koruyucu kıyafet değildir) |
| <input type="checkbox"/> Yan Korumalı Olan Gözlükler | <input type="checkbox"/> Laboratuvar Önlüğü, diğer |
| <input type="checkbox"/> Yüz Koruması | <input type="checkbox"/> Diğer, tanımlayınız: _____ |

12) Maruziyet Aşağıdakilerden Hangisinin Sonucudur: (geçerli olan tüm şıkları işaretleyiniz)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1 Hastayla doğrudan temas | <input type="checkbox"/> 5 Diğer Vücut Sıvısı Saçılması/Sızıntısı |
| <input type="checkbox"/> 2 Numune Kabı Sızıntısı/Saçılması | <input type="checkbox"/> 6 Kirlili Ekipman/Yüzeye dokunma |
| <input type="checkbox"/> 3 Numune Kabının Kırılması | <input type="checkbox"/> 7 Kirlili Kumaş/Örtü/Kıyafet ve benzerlerine dokunma |
| <input type="checkbox"/> 4 IV Hortum/Çanta/Pompa Sızıntısı/Kırılması | <input type="checkbox"/> 8 Bilinmiyor |
| <input type="checkbox"/> 10 Beslenme / Ventilatör / diğer Hortumların Ayrılması / Sızıntısı / Saçılması. | <input type="checkbox"/> 9 Diğer, tanımlayınız: _____ |
| Bağlantı hortumunu tanımlayınız: _____ | |

Ekipman Arızalı ise, Lütfen Tanımlayınız: Ekipman tipi: _____

Üretici: _____

13) Kan veya Vücut Sıvısı Deri veya Muköz Membranlarla Ne Kadar Süreyle Temas Etti? (bir şıkki işaretleyiniz)

- 1 5 dakikadan az
 2 5-14 Dakika
 3 15 dakika – 1 saat
 4 1 saatten fazla

14) Deri veya Muköz Membranlarla Ne Kadar Kan Veya Vücut Sıvısı Temas Etti? (bir şıkki işaretleyiniz)

- 1 Az miktarda (maksimum 5 cc veya maksimum 1 çay kaşığı)
 2 Orta miktarda (maksimum 50 cc veya ¼ bardak)
 3 Yüksek miktarda (50 cc'den fazla)

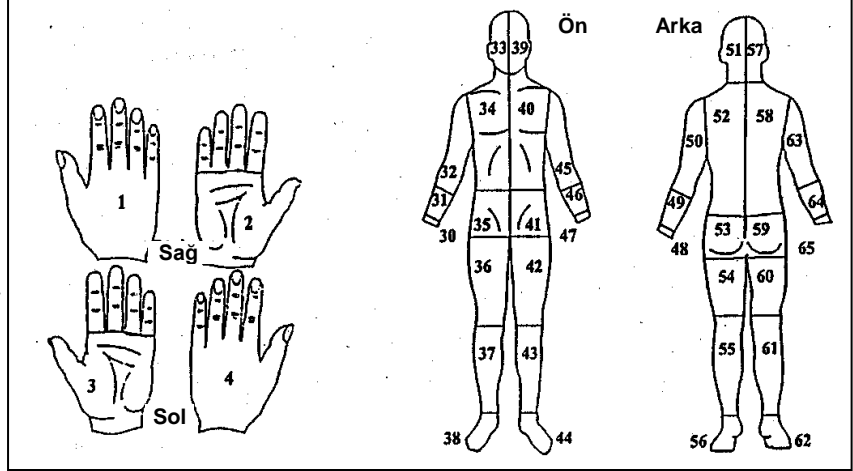
15) Maruziyet Yeri:

Aşağıdaki boşluklara maruziyetin olduğu azami üç vücut bölgesini yazınız.

En geniş maruziyet alanı: _____

Orta büyüklükteki maruziyet alanı: _____

En küçük maruziyet alanı: _____



16) Maruziyete Yol Açan Şartları Açıklayınız (bir cihaz arzansı neden olduysa lütfen belirtiniz):

Maliyet:

- _____ Laboratuvar giderleri (Hb, HCV, HIV, diğer testler)
_____ Sağlık Çalışanı
_____ Kaynak Hasta
_____ Tedavi Profilaksisi (HBIG, Hb aşısı, tetanoz, diğer)
_____ Sağlık Çalışanı
_____ Kaynak Hasta
_____ Hizmet giderleri (Acil departmanı, Çalışan sağlığı, diğer)
_____ Diğer maliyetler (İşçi Tazminatı, cerrahi, diğer)
_____ TOPLAM (en yakın TL değerine yuvarlayın)

Olayın RSHM'ye raporlanması gerekmekte midir? 1 Evet 2 Hayır 3 Bilinmiyor

Evet ise, İşten uzak kalınan gün sayısı? _____
İş faaliyetlerinin sınırlandırıldığı gün sayısı? _____

Tıbbi / cerrahi müdahale gerekti mi veya 10 gün içerisinde ölüm söz konusu mudur? 1 Evet 2 No 3 Bilinmiyor