



T.C
ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA HASTANESİ



RİSKLİ TEMAS BİLDİRİM FORMU

KODU: EN.FR.52

YAYINLAMA TARİHİ: 09.04.2020

REVİZYON TARİHİ: 00

REVİZYON NO: 00

SAYFA SAYISI:1/1

Ad Soyad/ TC Kimlik No:..... Tel. No:.....

Riskli Temas Tarihi:..... Birim:.....

Meslek Grubu	<input type="checkbox"/> Doktor	<input type="checkbox"/> Hemşire	<input type="checkbox"/> Teknisyen
	<input type="checkbox"/> Temizlik Personeli	<input type="checkbox"/> Güvenlik	<input type="checkbox"/> İdari Personel
	<input type="checkbox"/> Yemekhane Personeli		
Kaynak Hasta Bilgisi	<input type="checkbox"/> Covid-19 testi pozitif		
	Ad Soyad/ TC:		

TEMAS SÜRESİNDEKİ KORUYUCU EKİPMANLAR

Kaynak	Temaslı
<input type="checkbox"/> Cerrahi Maske / FFP2-FFP3 Maske	<input type="checkbox"/> Cerrahi Maske / FFP2-FFP3 Maske
<input type="checkbox"/> Önlük	<input type="checkbox"/> Önlük
<input type="checkbox"/> Gözlük / Siperlik	<input type="checkbox"/> Gözlük / Siperlik
<input type="checkbox"/> 1,5 metre kısa mesafe	<input type="checkbox"/> 1,5 metre kısa mesafe
<input type="checkbox"/> 15 dk uzun temas	<input type="checkbox"/> 15 dk uzun temas

DEĞERLENDİRME (İşyeri Hekimi tarafından doldurulacaktır.)

<input type="checkbox"/> Numune gönderilmesi önerildi.
<input type="checkbox"/> Belirti bulgu takibi önerildi.
<input type="checkbox"/> 14 gün izolasyon önerildi.
<input type="checkbox"/> Yatış verildi / Tedavi başlandı.

Temas Şüphesi Bulunan

Değerlendirmeyi Yapan Doktor

Ad Soyad:

Kaşe/İmza/Tarih

İmza/ Tarih: