



PERSONEL KESİCİ VE DELİCİ ALET YARALANMA TAKİP FORMU

Sıra No	Personelin Adı, Soyadı	Yaralanma Tarihi	Yaralanmanın Meydana Geldiği Yer	Yaralanma Şekli	Olayın EKK'ya İletilme Tarihi	Hepatit B Aşısı		Yaralanma Sonrası Tetkik Sonuçları
						Var	Yok	
						☐	☐	
						☐	☐	
						☐	☐	
						☐	☐	
						☐	☐	
						☐	☐	
						☐	☐	
						☐	☐	
						☐	☐	