**Öğrenciye Ait Bilgiler**

**Adı-Soyadı:**

**Öğrenci No:**

**Telefon No:**

**Öğrenci e-posta adresi:**

**Dersin adı:**

**Klinik uygulama alanı:**

**Olay İle ilgili Bilgiler**

**Olayın meydana geldiği tarih ve saat:**

**Olayın meydana geldiği yer:**

**Olay anında yapılan iş:**

**Olaya neden olan durumlar:**

 Heyecan  Acele etme  Alet, cihaz vb. ile problem yaşama

 Bilgi eksikliği  Dikkati dağıtan faktörler (Hastanın/Hasta yakınının tepkisi)

**Yaralanma var mı?** Evet Hayır

**Yaranın yeri ve türü:**…….. Açık yara Kapalı yara

**Var ise şahidin değerlendirmesi**:……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**Tarih ve saat:**

**Öğrenci ile ilgili birime başvuru konusunda bilgilendirildi mi?** Evet Hayır

**Evet ise; Bilgilendirmeyi yapan kişi**:………………………………………….

**İlk Müdahale Bilgileri**

**İlk Müdahale Yapıldı mı?:** Evet Hayır

**Yapılan İlk Müdahale:**

[ ] Yıkama ve Dezenfeksiyon

[ ] Steril pansuman

[ ] Sağlık Birimine Başvuru

[ ] Diğer: ..............................................................

**İlk Müdahaleyi Yapan Kişi:** ..............................................................

**Klinik Uygulama Sorumlusu İle İlgili Bilgiler**

**Ad-Soyad:**

**Klinik Uygulama Alanı:**

**Tarih: Tarih:**

**Öğrenci İmza Uygulama Sorumlusu İmza**