

## ILMOITUS VERITAPATURMASTA

---

Nimi	Henkilötunnus	Ryhmätunnus
------	---------------	-------------

---

Tapaturman sattumispäivä ja aika

Työssäoppimispaikka

Tapaturman sattumistapa

- Verisen neulan pisto  
 muun verisen esineen viilto/pisto  
 Veren joutuminen suun limakalvolle / silmän sidekalvolle (roiskuminen)  
 Veren joutuminen haavaiselle / ihottumaiselle iholle  
 muu, mikä? \_\_\_\_\_

Oliko tapaturman sattuessa käytössä suojaimeja

- ei       kyllä, mikä       suojakäsineet       suu-nenäsuojus  
 suojalasit       muu, mikä \_\_\_\_\_

Onko veren lähde (potilas tai muu henkilö) tiedossa

- Ei  
 Kyllä,      Onko veren lähde seuraavien virusten kantaja:  
 HIV       hepatiitti B  
 hepatiitti C       hepatiitti D  
 ei tiedossa       muun, minkä \_\_\_\_\_

Kerro lyhyesti tilanteesta jossa tapaturma sattui:

---

---

---

TOIMITA TÄMÄ LOMAKE TÄYTETTYNÄ OPISKELUTERVEYDENHUOLTOON MAHDOLLISIMMAN PIAN.

---

päivämäärä	opiskelijan allekirjoitus	ohjaajan allekirjoitus
------------	---------------------------	------------------------