



فرم مواجهه شغلی

(فرورفتن اجسام تیز و برنده آلوده - پاشیده شدن ترشحات به داخل مخاطات - تماس پوست ناسالم)



اطلاعات زیر توسط پرسنل مورد مواجهه تکمیل شده و فرم تحویل دفترپرستاری یا دفتر کنترل عفونت گردد:

مشخصات فرد مورد مواجهه :			
نام و نام خانوادگی پرسنل:	سمت :	بخش مربوطه:	سابقه کار:
جنس: زن ☐ مرد ☐	سن :	تاریخ مواجهه:	نوع مواجهه: ☐ آسایب پوستی ☐ تماس پوست ناسالم ☐ پاشیدن خون یا ترشحات به داخل چشم و دهان ☐
زمان مواجهه :	در زمان برقراری iv line ☐	در زمان تزریق عضلانی ☐	در زمان خونگیری ☐ حین عمل جراحی ☐
حجم ترشحات :	زیاد ☐ متوسط ☐ کم ☐	سابقه ایمنی فرد مورد مواجهه:	تیترا آنتی بادی HBSAg :
وضعیت جسمی :	بارداری ☐ شیردهی ☐	وضعیت واکسیناسیون هپاتیت B :	کامل ☐ ناقص ☐
مشخصات منبع (بیمار) :			
نام و نام خانوادگی بیمار :	سابقه بیماری :	HCV+ ☐ HBS+ ☐ HIV+ ☐	وضعیت آلودگی بیمار مشخص نیست ☐
شماره پرونده :	آدرس و شماره تلفن منبع مواجهه :		
منبع نامشخص ☐	اقدامات انجام شده : ☐ شستشوی موضع با آب ولرم و صابون یا نرمال سالین ☐ زدن بخیه ☐ شستشوی چشم با آب یا نرمال سالین ☐ شستشوی داخل دهان با آب یا نرمال سالین ☐		

اطلاعات زیر توسط سوپروایزر کنترل عفونت تکمیل می شود :		
نتایج آزمایشات منبع (بیمار) :	نتایج آزمایشات فرد مورد مواجهه :	اقدامات انجام شده توسط دفتر کنترل عفونت :
HIVAb	HBSAb	ارجاع به متخصص عفونی ☐ شروع درمان پروفیلاکسی ☐
HBSAg	HBSAg	تزریق HBIG ☐ تزریق واکسن ☐
HCVAb	HCVAb	تزریق تتانوس ☐ ارجاع جهت تکمیل دوره واکسیناسیون ☐
HIVAb	HIVAb	سایر :
توضیحات :		

مهر و امضاء کارشناس کنترل عفونت :

مهر و امضاء فرد مورد مواجهه (پرسنل) :