



واحد کنترل عفونت

فرم مواجهه شغلی

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



بیمارستان شهید دکتر بهشتی

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

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

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 <input type="checkbox"/>
..... HBSAg HBSAg	شروع درمان پروفیلاکسی <input type="checkbox"/>
..... HCVAAb HCVAAb	تزریق HBIG <input type="checkbox"/>
..... HIVAb HIVAb	تزریق واکسن <input type="checkbox"/>
		تزریق تتانوس <input type="checkbox"/>
		ارجاع جهت تکمیل دوره واکسیناسیون <input type="checkbox"/>
		سایر:
توضیحات:		

مهر و امضاء کارشناس کنترل عفونت:

مهر و امضاء فرد مورد مواجهه (پرسنل):