

کد سند: IC-QR02-01



فرم مواجهه شغلی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی بهداشتی خراسان شمالی
پارستان تخصصی آیت... هاشمی رفنجانی شیروان

مشخصات فرد مواجهه شده

نام و نام خانوادگی:	سمت فرد:	بخش:
تاریخ:	میزان آخرین تیترآنتی بادی:	وضعیت واکسیناسیون:

نحوه مواجهه

در زمان برقراری IV Line	حین خونگیری	در زمان تزریق عضلانی
حین عمل جراحی	کاربایستیوری	جابجایی زباله
پاشیده شدن خون و ترشحات در چشم	مخاط	پوست آسیب دیده
		سایر موارد

شدت مواجهه

کلفت و توخالی صدمه باسوزن هایی که داخل رگ بیمار شده اند تماس باسوزن توپرونازک ترمثل سوزن بخیه تماس بامایعات بدن که خون در آن دیده شده

مشخصات مربوط به بیمار (منبع)

نام و نام خانوادگی بیمار:	تشخیص:	شماره پرونده:
آدرس و تلفن:	نتیجه آزمایش:	
	سال <input type="checkbox"/>	HbsAg <input type="checkbox"/>
	HIV+ <input type="checkbox"/>	HCVAB+ <input type="checkbox"/>

منبع نامعلوم

اقدامات بعد از مواجهه:

- شستشوی زخم با آب و صابون خودداری از مالش چشم و شستشوی چشمها و غشا مخاطی بامقادیر زیاد آب در صورت آلودگی
- گرفتن نمونه خون از بیمار و ارسال به آزمایشگاه توضیحات: در صورت عدم اطلاع از تیتربادی آنتی گرفتن نمونه از فرد تماس یافته و ارسال به آزمایشگاه

اقدامات قابل پیگیری توسط سوپروایزر کنترل عفونت:

پرسنل مواجهه شده به متخصص عفونی ارجاع داده شد: بلی خیر

امضاء سوپروایزر کنترل عفونت / سوپروایزر بالینی

امضاء فرد مواجهه شده:

*انجام آزمایش بدون فرم امضاء شده سوپروایزر کنترل عفونت یا سوپروایزر بالینی قابل انجام نیست.
*فرم در آزمایشگاه نگهداری و سپس به سوپروایزر کنترل عفونت تحویل داده می شود.