

فرم مواجهه شغلی

فرم مخصوص تماس پرسنل با سوزن یا ترشحات آلوده

| اطلاعات کارکنان: | | | |
|---|---|---------------------------------|---|
| نام و نام خانوادگی: | سمت: | بخش: | شیفت کاری: <input type="radio"/> ص <input type="radio"/> ع <input type="radio"/> ش |
| سابقه کار: | سن: | کد بیمارستان: (حتما قید شود) | |
| تاریخ مواجهه: | نوع وسیله مواجهه: سوزن توخالی <input type="radio"/> سوزن تو پر <input type="radio"/> غیره <input type="radio"/> | | |
| وضعیت ایمنی: | | | |
| سابقه واکسیناسیون هپاتیت B: دارد <input type="radio"/> ندارد <input type="radio"/> | | | |
| نتیجه تیتر آنتی بادی: بالای 10 <input type="radio"/> کمتر از 10 <input type="radio"/> نمیدانم <input type="radio"/> | | | |
| زمان مواجهه: | | | |
| در زمان برقراری Iv line <input type="radio"/> در زمان تزریق عضلانی <input type="radio"/> در زمان خون گیری <input type="radio"/> ساکشن <input type="radio"/> | | | |
| در زمان عمل جراحی <input type="radio"/> کار با بیستوری <input type="radio"/> جابجایی زباله <input type="radio"/> | | | |
| سایر موارد: (ذکر شود)..... | | | |
| نوع مایع مسبب آلودگی: خون <input type="radio"/> ترشحات <input type="radio"/> | | | |
| مشخصات مربوط به بیمار (منبع) | | | |
| نام و نام خانوادگی بیمار: | کد: | سن: | |
| سابقه واکسیناسیون هپاتیت B: | | نتیجه تیتر آنتی ژن و آنتی بادی: | |
| جزء گروههای پر خطر میباشد؟ <input type="radio"/> بلی <input type="radio"/> خیر <input type="radio"/> | | | |
| منبع نامعلوم: <input type="radio"/> | | | |
| اقدام: | | | |

امضاء سوپروایزر:

تاریخ تنظیم فرم:

FM-33-03