



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 توپر <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: