|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 88.jpgدانشگاه علوم پزشکی وخدمات درمانی بهداشتی خراسان شمالی  بیمارستان خاتم الانبیاء شیروان | **فرم مواجهه شغلی** | | | **IC-QR02-01کد سند:**  **موبایل:** | |
|  | | | | | |
| **مشخصات فرد مواجهه شده** | | | | | |
| نام ونام 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 | کاربابیستوری | | | جابجایی زباله | |
| پاشیده شدن خون وترشحات در چشم مخاط پوست آسیب دیده سایر موارد | | | | | |
| **شدت مواجهه** | | | | | |
| کلفت وتوخالی صدمه باسوزن هایی که داخل رگ بیمار شده اند تماس یاسوزن توپرونازک ترمثل سوزن بخیه تماس بامایعات بدن که خون در آن دیده شده | | | | | |
| **مشخصات مربوط به بیمار (منبع)** | | | | | |
| نام ونام خانوادگی بیمار: | | تشخیص: | | | شماره پرونده: |
| آدرس وتلفن: | | | نتیجه آزمایش:  سالم HbsAg  HCVAB+ HIV+ | | |
| منبع نامعلوم | | | | | |
| **اقدامات بعد از مواجهه:**  شستشوی زخم با آب وصابون خودداری از مالش چشم وشستشوی چشمها وغشا مخاطی بامقادیر زیاد آب درصورت آلودگی  گرفتن نمونه خون از بیمار وارسال به آزمایشگاه **توضیحات:** درصورت عدم اطلاع از تیتربادی آنتی گرفتن نمونه از فرد تماس یافته وارسال به آزمایشگاه | | | | | |
| **اقدامات قابل پیگیری توسط سوپروایزر کنترل عفونت:**  **پرسنل مواجهه شده به متخصص عفونی ارجاع داده شد : بلی خیر** | | | | | |
| **امضاء فرد مواجهه شده: امضاء سوپروایزر کنترل عفونت/ سوپروایزر بالینی** | | | | | |
| **\*انجام آزمایش بدون فرم امضاء شده سوپروایزر کنترل عفونت یا سوپروایزر بالینی قابل انجام نیست.**  **\*فرم در آزمایشگاه نگهداری وسپس به سوپروایزر کنترل عفونت تحویل داده می شود.** | | | | | |