|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 88.jpgدانشگاه علوم پزشکی وخدمات درمانی بهداشتی خراسان شمالیبیمارستان 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 آلودگیگرفتن 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.** |