



SheethNo:175  
1402/04/10-V1

تاریخ:

شماره:

پیوست:

اورژانس پیش بیمارستانی و مدیریت حوادث دانشگاه  
پرسشنامه تزریق واکسن های ضروری و مواجهه شغلی پرسنل عملیاتی

مشخصات کارمند				
نام	نام خانوادگی	شماره تماس	کد ملی	محل خدمت

نوع استخدام:  رسمی  پیمانی  شرکتی  قراردادی وضعیت تأهل:  مجرد  متأهل

مشخصات فرزندان							
ردیف	نام	سن	جنس	ردیف	نام	سن	جنس
۱				۴			
۲				۵			
۳				۶			

اطلاعات تزریق واکسن های ضروری					
ردیف	نوع واکسن	انجام شده			تاریخ آخرین تزریق
		بله	خیر	اطلاعات تکمیلی	
۱.	هپاتیت B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> کمتر از ۵ سال قبل <input type="checkbox"/> بیشتر از ۵ سال قبل	
۲.	کرونا	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> یک دوز <input type="checkbox"/> دو دوز <input type="checkbox"/> بیش از دو دوز	
۳.	آنفلوآنزا				
۴.	تیتر آنتی بادی هپاتیت B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	نامشخص <input type="checkbox"/> Hbs Ab<10 <input type="checkbox"/> Hbs Ab>10	

سوالات تکمیلی				
ردیف	سوال	خیر	بله	توضیحات بیشتر
۱.	آیا تا کنون مواجهه مشکوک یا پر خطر با بیمار داشته اید؟			<input type="checkbox"/> خون و ترشحات <input type="checkbox"/> نیدل استیک تاریخ مواجهه :
۲.	آیا در صورت بروز مواجهه شغلی با خون و ترشحات بیمار با روند اقدامات درمانی آشنا هستید؟			علت عدم آشنایی شما با روند اقدامات درمان : <input type="checkbox"/> عدم وجود کلاسهای آموزشی <input type="checkbox"/> عدم وجود فلوجارت مواجهه در پایگاه <input type="checkbox"/> سایر موارد :
۳.	در صورت مواجهه قبلی با بیمار پر خطر آیا پس از مواجهه اقدام درمانی انجام داده اید؟			در صورت عدم پیگیری علت را توضیح دهید :
۴.	آیا تا کنون مبتلا به کرونا شده اید؟			چندبار : تاریخ آخرین ابتلا و بهبودی :
۵.	آیا در خانواده شما کسی مبتلا به بیماری های خاص می باشد؟ (کانسر، نارسایی مزمن کلیه، ...)			نسبت شما با بیمار و نوع بیماری را ذکر کنید :

مهر و امضاء کارمند

در صورتی که در خصوص اقدامات واحد کنترل عفونت پیشنهاد یا انتقادی دارید یادداشت فرمایید :