



SheetNo:149
1400/10/28-V1

تاریخ:

شماره:

پیوست:

اورژانس پیش بیمارستانی و مدیریت حوادث دانشگاه
فرم ثبت گزارش حمایت های انجام شده از پرسنل در موارد مواجهه شغلی(نسخه اورژانس)

مشخصات پرسنل حادثه دیده

نام و نام خانوادگی	کد عملیاتی	سن	تلفن همراه	کد و نام پایگاه	شهرستان محل خدمت

سابقه واکسیناسیون هیپاتیت B: کامل ناقص ندارد
تیتراژ آنتی بادی هیپاتیت B: دارد ندارد میزان تیتراژ آنتی بادی: سابقه بیماری:

مشخصات حادثه

نحوه آسیب	نوع وسیله آسیب رسان	زمان و مکان حادثه
<input type="checkbox"/> فرورفتن اجسام تیز و برنده در بدن <input type="checkbox"/> پاشیدن خون و ترشحات به پوست یا مخاطات صورت <input type="checkbox"/> مدیریت راه هوایی/تماس نزدیک با تنفس بیمار سوپروایزر شیفت در زمان حادثه:	<input type="checkbox"/> نیدل سرنگ <input type="checkbox"/> آنژیوکت <input type="checkbox"/> تیغ بیستوری <input type="checkbox"/> شیشه شکسته آمپول/ویال <input type="checkbox"/> سایر	زمان وقوع حادثه: محل وقوع حادثه: شیفت: <input type="checkbox"/> صبح <input type="checkbox"/> عصر <input type="checkbox"/> شب <input type="checkbox"/> وقوع حادثه حین عملیات شماره مأموریت:

مشخصات منبع آلودگی:

منبع آلودگی مشخص است

منبع آلودگی نامشخص است

تعیین ریسک فاکتور در منبع	وضعیت کلی منبع	اقدامات صورت گرفته
<input type="checkbox"/> فرد معنادار تزریقی <input type="checkbox"/> فرد بی خانمان <input type="checkbox"/> فرد دارای رفتار پرخطر جنسی <input type="checkbox"/> سایر:	<input type="checkbox"/> عدم رضایت به انتقال <input type="checkbox"/> انتقال به بیمارستان <input type="checkbox"/> بیمار متواری (۲۲-۱۰) <input type="checkbox"/> نیدل بدون منبع مشخص <input type="checkbox"/> سایر:	<input type="checkbox"/> انجام آزمایشات مارکر از منبع (HBV Ag – HCV Ab – HIV Ab) <input type="checkbox"/> انجام آزمایشات مارکر از پرسنل <input type="checkbox"/> انجام مشاوره عفونی سریع در بیمارستانی مقصد <input type="checkbox"/> ارجاع به مرکز دیگر جهت مشاوره شماره نمونه آزمایشگاهی:
نام و نام خانوادگی منبع	سن	کد ملی
تلفن همراه	تلفن ثابت	سابقه بیماری

وضعیت منبع با توجه به جواب آزمایش مارکرها: HIV: مثبت منفی) HCV: مثبت منفی) HBV: مثبت منفی)

شرح مشاوره عفونی: (دریافت مشاوره فقط از متخصص عفونی یا رزیدنت سال سوم و چهارم و یا متخصص طب اورژانس معتبر است)

مهر و امضاء پزشک متخصص عفونی

شرح گزارش اقدامات انجام شده برای تکسین در بیمارستان مقصد:

مهر و امضاء سوپروایزر بیمارستان

نظریه واحد کنترل عفونت اورژانس پیش بیمارستانی: حد اکثر ظرف یک هفته از زمان مواجهه شغلی، این نسخه از فرم تحویل واحد کنترل عفونت گردد.

در سامانه HOP ثبت شد مهر و امضاء

تکمیل کامل و دقیق این فرم الزامی است- درج نظر مشاوره عفونی و گزارش سوپروایزر بیمارستان از اقدامات انجام شده برای تکسین الزامی است. مطابق دستورالعمل های کشوری کلیه درمانها و حمایتهای لازم برای پرسنل ۱۱۵ باید رایگان انجام پذیرد.