|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | فرم مواجهات شغلی | دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی  بیمارستان امام خمینی (ره) شیروان |
|  |  |  |
| مشخصات فرد مواجهه یافته | | |
| بخش: | سمت فرد: | نام و نام خانوادگی  : |
| وضعیت واکسیناسیون: | میزان آخرین تیتر  : | تاریخ : |
| نحوه مواجهه | | |
| در زمان تزریق عضلانی | حین خونگیری | iv line درزمان برقراری |
| جابجایی زباله | کاربا تیغ بیستوری | حین عمل جراحی |
| پوست آسیب دیده | پاشیده شدن خون و ترشحات در مخاط | پاشیده شدن خون و ترشحات در چشم |
| آدرس: | | |
| شدت مواجهه | | |
| تماس با مایعات بدن که خون در آن دیده شده | تماس با سوزن توپر و نازک تر مثل سوزن بخیه | صدمه با سوزنهایی که داخل رگ بیمار شده اند |
|  |  | آسیب با سوزن کلفت و توخالی |
| مشخصات مربوط به منبع | | |
| شماره پرونده: | تشخیص: | نام و نام خانوادگی بیمار  : |
| نتیجه آزمایش: |  | آدرس و تلفن  : |
|  |  | منبع نامعلوم  : |
| اقدامات بعداز مواجهه | | |
| گرفتن نمونه از منبع و ارسال به آزمایشگاه ( | شستشوی چشم و مخاط با آب فراوان | شستشوی زخم با آب و صابون |
| توضیحات:درصورت مشخص نبودن تیتر آنتی بادی فرد تماس یافته نمونه خونم از فرد تماس یافته و ارسال به آزمایشگاه | | |
| اقدامات قابل پیگیری توسط سوپر وایزر کنترل عفونت:  پرسنل مواجهه یافته به متخصص عفونی ارجاع داده شده است: | | |
| امضاء کارشناس کنترل عفونت | | امضاء فرد مواجهه یافته |
| انجام آزمایش بدون فرم امضا شده کارشناس کنترل عفونت یا سوپروایزر بالینی قابل انجام نمی باشد  فرم در آزمایشگاه نگهداری و سپس به سوپر وایزر کنترل عفونت تحویل داده میشود | | |