|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | فرم مواجهات شغلی | دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالیبیمارستان 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 باشدفرم در آزمایشگاه نگهداری و سپس به سوپر وایزر کنترل عفونت تحویل داده میشود |