

فرم گزارش مواجهه شغلی (Needle stick و تماس مخاطی یا پوست ناسالم با خون و ترشحات)

مشخصات فرد مورد مواجهه

نام و نام خانوادگی:	جنس:	سن:	سمت / شغل:	سابقه کار:
			دانشجو <input type="checkbox"/> رشته و نام دانشگاه:	
شیفت و ساعت کاری:	تاریخ مواجهه:		تحصیلات:	بخش مربوطه:
وضعیت جسمانی: بارداری <input type="checkbox"/> شیردهی <input type="checkbox"/>		شماره تلفن و آدرس فرد تماس یافته:		
بیماری خاص:				
نوع مواجهه: آسیب پوستی (برخورد با جسم تیز و برنده) <input type="checkbox"/> تماس پوست ناسالم <input type="checkbox"/> پاشیدن خون یا ترشحات به داخل چشم و دهان <input type="checkbox"/>				
زمان مواجهه: در زمان برقراری IV line <input type="checkbox"/> در زمان تزریق عضلانی <input type="checkbox"/> در زمان خونگیری <input type="checkbox"/> حین عمل جراحی <input type="checkbox"/> حین کار با بیستوری <input type="checkbox"/> جابه جایی زباله <input type="checkbox"/> سایر موارد <input type="checkbox"/>				
حجم ترشحات:		سابقه ایمنی فرد مورد مواجهه: تیتراژ آنتی بادی HBS Ag:		
زیاد <input type="checkbox"/> متوسط <input type="checkbox"/> کم <input type="checkbox"/>		محل آسیب دیده: وضعیت واکسیناسیون هپاتیت B: کامل <input type="checkbox"/> ناقص <input type="checkbox"/>		

مشخصات منبع تماس (بیمار)

نام و نام خانوادگی:	سابقه بیماری: HIV+ <input type="checkbox"/> HBS+ <input type="checkbox"/> HCV+ <input type="checkbox"/>	منبع نامشخص <input type="checkbox"/>
شماره پرونده:	وضعیت ابتلای بیمار مشخص نیست <input type="checkbox"/> آدرس و شماره تلفن منبع تماس (بیمار):	
اقدامات انجام شده:		
شستشوی موضع با آب ولرم و صابون یا نرمال سالین <input type="checkbox"/> زدن بخیه <input type="checkbox"/> شستشوی چشم یا دهان با آب یا نرمال سالین <input type="checkbox"/> ارسال نمونه خون از فرد تماس یافته <input type="checkbox"/> منبع تماس <input type="checkbox"/>		

اطلاعات زیر توسط سوپروایزر کنترل عفونت تکمیل می شود:

نتایج آزمایشات منبع (بیمار):	نتایج آزمایشات فرد مورد مواجهه:	اقدامات انجام شده توسط دفتر کنترل عفونت:
..... HIV Ab HIV Ab	ارجاع به متخصص عفونی <input type="checkbox"/>
..... HBS Ag HBS Ag	شروع درمان پروفیلاکسی <input type="checkbox"/>
..... HCV Ab HCV Ab	تزریق HBIG <input type="checkbox"/> تزریق واکسن <input type="checkbox"/>
..... HBS Ab HBS Ab	تزریق تتانوس <input type="checkbox"/> ارجاع جهت تکمیل دوره واکسیناسیون <input type="checkbox"/>

مهر و امضاء فرد مواجهه یافته	مهر و امضاء مسئول شیفت	مهر و امضاء سوپروایزر کشیک یا کارشناس کنترل عفونت
------------------------------	------------------------	--

❖ **توجه:** در صورت ابتلای منبع تماس به هپاتیت B یا C و HIV و یا ناشناس بودن منبع تماس بلافاصله به کارشناس

کنترل عفونت (در شیفت صبح) یا سوپروایزر کشیک در شیفت عصر و شب اطلاع داده شود.

❖ در صورتی که تیتراژ آنتی بادی فرد تماس یافته بالای ۱۰ است، نیاز به چک مجدد تیتراژ آنتی بادی نیست و انجام آزمایشات HIV, HBS, HCV برای فرد تماس یافته اختیاری است.

❖ **نکته مهم:** تیتراژ آنتی بادی بالای ۱۰ در هر فرد، فقط به معنای ایمنی در برابر هپاتیت B است نه هپاتیت C و HIV .

❖ در صورتی که منبع تماس نوزاد باشد، تا ۲۸ روز اول تولد می توان نمونه گیری را از مادر انجام داد.