

فرم مواجهه شغلی

فرم مخصوص تماس پرسنل با سرسوزنهای آلوده یا ترشحات

اطلاعات کارکنان:			
نام و نام خانوادگی:	سمت:	بخش:	شیفت کاری: <input type="radio"/> ص <input type="radio"/> ع <input type="radio"/> ش
سابقه کار:	سن:	جنس:	
تاریخ مواجهه:	نوع وسیله مواجهه: <input type="radio"/> سوزن توخالی <input type="radio"/> سوزن توپر <input type="radio"/> غیره		
وضعیت ایمنی:			
سابقه واکسیناسیون هپاتیت B: <input type="radio"/> دارد <input type="radio"/> ندارد			
نتیجه تیتر آنتی بادی: بالای 10 <input type="radio"/> کمتر از 10 <input type="radio"/> نمیدانم <input type="radio"/>			
زمان مواجهه: در زمان برقراری Iv line <input type="radio"/> در زمان تزریق عضلانی <input type="radio"/> در زمان خون گیری <input type="radio"/> ساکشن <input type="radio"/> در زمان عمل جراحی <input type="radio"/> کار با بیستوری <input type="radio"/> جابجایی زباله <input type="radio"/> سایر موارد: (ذکر شود).....			
نوع مایع مسبب آلودگی: خون <input type="radio"/> ترشحات <input type="radio"/>			
مشخصات مربوط به بیمار (منبع)			
نام و نام خانوادگی بیمار:	کد:	سن:	
سابقه واکسیناسیون هپاتیت B:		نتیجه تیتر آنتی ژن و آنتی بادی:	
جزء گروههای پر خطر میباشد؟ <input type="radio"/> بلی <input type="radio"/> خیر			
آدرس و تلفن:			
منبع نامعلوم: <input type="radio"/>			

اقدام:

امضاء سوپروایزر:

تاریخ تنظیم فرم:

FM-33-03