

معاونت بهداشت دانشگاه علوم پزشکی اصفهان



فرم بررسی احتمال خطر (نیدل استیک یا برخورد موکوسی با مایعات بدن)		
تاریخ: ۱۴۰۲/۲/۲۳	ویرایش: ۱	
بخش:	گروه: مواد مصرفی و معرف ها	

فرم بررسی احتمال خطر (نیدل استیک یا برخورد موکوسی با مایعات بدن)

نام و نام خانوادگی فرد حادثه دیده:	محل و بخش حادثه:
تاریخ و ساعت بروز حادثه:	نوع حادثه:
شرح مختصر حادثه:	
اگر حادثه با شی تیز بوده است:	نوع وسیله:
در چه مرحله ای از اقدام عملی حادثه رخ داده است:	<input type="checkbox"/> حین کار <input type="checkbox"/> بعد از کار و در زمان امحا وسیله
جزئیات حادثه: نام بیمار:	کد پذیرش: نوع ماده مورد تماس:
مقدار ماده مورد تماس:	وضعیت پوست بیمار در زمان حادثه: <input type="checkbox"/> سالم <input type="checkbox"/> زخم خورده
جزئیات ماده مورد تماس	<input type="checkbox"/> آلوده به HBV <input type="checkbox"/> آلوده به HCV <input type="checkbox"/> آلوده به HIV <input type="checkbox"/> نامعلوم
اگر آلوده به HIV است: مرحله بیماری:	مقدار ویروس در خون بیمار: سابقه درمان آنتی رتروویرال:
جزئیات فرد حادثه دیده: وضعیت واکسیناسیون علیه HBV:	
وضعیت پاسخ سرولوژیک وی (HBs Ab):	
تائید مسئول سرم گیری در خصوص کافی بودن نمونه بیمار و تحویل نمونه به بخش مورد نظر:	
<input type="checkbox"/> نمونه کافی است. <input type="checkbox"/> نمونه کافی نیست.	
اطلاع به مسئول مربوطه و تماس با بیمار و پیگیری نمونه گیری مجدد:	
امضا	
اقدامات انجام شده:	
آیا مصدوم حین کار از وسایل و تجهیزات حفاظتی لازم استفاده می کرده است؟ چه نوع وسایلی.....	
آیا حادثه منجر به وقفه کاری شده است؟ چه مدت؟ اقدامات پیشگیرانه یا اقدام اصلاحی لازم	
امضا رئیس آزمایشگاه	امضا مسئول ایمنی آزمایشگاه