

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: ایمنی زیستی	

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: