



فرم جمع آوری اطلاعات موارد مواجهه یافته با خون، مایعات بدن و صدمات ناشی از اجسام نوک تیز

جنس ☐ زن ☐ مرد	کد ملی	سن	نام و نام خانوادگی	
تاریخ بروز جراحت/...../.....	تاریخ بررسی/...../.....	نوع جراحت ☐ سرسوزن ☐ سایر وسایل تیز و برنده ☐ پاشیدن خون و مایعات	نام بیمارستان / مرکز بهداشت	رده شغلی ☐ پزشک ☐ پرستار ☐ آزمایشگاه ☐ خدمات ☐ سایر
سابقه ی واکسن هپاتیت ☐ کامل ☐ ناقص ☐ ندارد	منبع گزارش: ☐ واحد واکسیناسیون ☐ واحد تزریقات ☐ واحد آزمایشگاه ☐ واحد دندانپزشکی ☐ بخش های بیمارستان			
اقدامات انجام شده ☐ انجام کمک های اولیه ☐ گزارش فوری به سوپروایزر ☐ بررسی میزان خطر بیماریزایی از نظر HIV.HCV .HBV ☐ درمان پروفیلاکسی				