

کد فرم: ALZ-RM- 112

تاریخ بازنگری: ۹۵/۰۹/۰۱

تاریخ بازنگری بعدی: ۹۶/۰۹/۰۱



فرم گزارش حوادث ناشی از سرسوزن یا وسایل نوک تیز در پرسنل مرکز آموزشی و درمانی الزهرا(س)

نام : نام خانوادگی : نام مرکز :

سن: آدرس:

- ✓ تاریخ حادثه: شیفت صبح ☐ شیفت عصر ☐ شیفت شب ☐
- ✓ مکان وقوع حادثه بخش: نام بخش ☐ اتاق بیمار ☐ اتاق کار ☐ آمبولانس ☐ اتاق عمل ☐ سایر موارد ذکر شود.
- ✓ نحوه مواجهه فرو رفتن سر سوزن ☐ ایجاد بریدگی با تیغ بیستوری ☐ فرو رفتن سوزن بخیه ☐
- موقع گذاشتن درپوش سرسوزن ☐ سایر موارد ذکر شود
- ✓ آیا وسیله آلوده به خون یا مایعات خون آلود است؟ بله ☐ خیر ☐
- ✓ در اجرای کدام پروسیجر مواجهه صورت گرفته
- تزریق عضلانی ☐ تزریق وریدی ☐ بخیه زدن ☐ مراقبت از IV لاین ☐ خونگیری ☐ سایر موارد ذکر شود...
- ✓ چه آسیبی ایجاد شده است؟
- ✓ عمق زخم: عمیق ☐ متوسط ☐ سطحی ☐
- ✓ وسعت زخم: وسیع ☐ متوسط ☐ کوچک ☐ همراه با جاری شدن خون ☐
- ✓ آیا فرد منبع شناخته شده است؟
- بله ☐ خیر ☐ شماره پرونده: نام بیمار:
- ✓ نتیجه آزمایشات فرد منبع
- HIV مثبت ☐ منفی ☐
- HBV مثبت ☐ منفی ☐
- ✓ اگر آزمایشات مثبت باشد، تاریخ و توضیح نوشته شود.
- ✓ نتیجه آزمایشات فرد آسیب دیده
- HIV مثبت ☐ منفی ☐
- HBV مثبت ☐ منفی ☐
- ✓ سایر آزمایشات ذکر شود
- ✓ اگر آزمایشات مثبت باشد تاریخ و توضیح نوشته شود
- ✓ درمان و پروفیلاکسی به عمل آمده واکسن HBV ☐ HBIG ☐ تتانوس ☐
- ✓ بیماری و یا غیبت از کار وجود دارد؟ بله ☐ خیر ☐ توضیح داده شود
- ✓ آیا در آن مرکز برنامه جمع آوری وسایل نوک تیز وجود دارد؟ بله ☐ خیر ☐

✓ هر نوع توضیح ضروری دیگر ذکر شود

تکمیل کننده فرم

تایید کننده