

## فرم گزارش حوادث ناشی از سرسوزن یا وسایل نوک تیز در پرسنل درمانی استان آذربایجان شرقی

نام : ..... نام خانوادگی : ..... نام مرکز : .....

ردیف ..... موارد بررسی .....

- ✓ 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