



پرونده بهداشتی کارکنان جهت پیگیری موارد needie stick injury

اطلاعات مربوط به مصدوم:

نام و نام خانوادگی: سن: سمت: بخش: شیفت:
تاریخ صدمه: نوع حادثه: پوست سالم: پوست صدمه دیده:
واکسیناسیون کامل: گان: ماسک: دستکش لاتکس: دستکش یکبار مصرف:
عینک محافظ: شیلد:

اطلاعات مربوط به بیمار:

نام و نام خانوادگی: سن: تشخیص: شماره پرونده: تلفن:
آدرس:

اطلاعات مربوط به حادثه:

صدمه پوستی: فرو رفتن سوزن: منشا سوزن الوده: ترشح خون روی پوست بدن:
صدمه مخاطی(چشم):
تست Hbs Ag: تست HbsAb: تست Hcv:
تست HIV:

اقدامات احتیاطات بعمل آمده جهت فرد مصدوم:

۱. شستشوی محل تماس با اب و صابون به مدت ۵-۳ دقیقه: بلی خیر
۲. شستشوی مخاط یا چشم با اب فراوان: بلی خیر
۳. اطلاع به پرستار کنترل عفونت در اسرع وقت: بلی خیر
۴. تزریق ایمونوگلوبولین جهت مصدوم: تاریخ تزریق: عدم تزریق:
۵. انجام تست ایمونولوژی جهت فرد بیمار: تاریخ انجام: نتیجه:
۶. انجام تست ایمونولوژی جهت فرد بیمار: تاریخ انجام: نتیجه:
۷. ویزیت مصدوم توسط متخصص داخلی: ویزیت مصدوم توسط متخصص عفونی:
۸. انجام دارو درمانی جهت فرد مصدوم: تاریخ شروع دارو:
۹. اصلاح به مرکز بهداشت شهرستان:

• میدان ازادگان-درمانگاه شهید سبزه پرور-تلفن: ۳۲۵۲۲۴۱۵

نتایج:

یا مواجهه منجر به صدمه شده است؟

اقدامات و برنامه ریزی پرستار کنترل عفونت جهت پیشگیری از حادثه مجدد:

نظر مصدوم: