



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی البرز
مرکز آموزشی پزشکی رجایی
پرونده بهداشتی کارکنان حرف پزشکی شاغل در بیمارستان

نام و نام خانوادگی: سن: جنس: سمت:
تحصیلات: بخش: سال شروع به کار: مدت زمان اشتغال:
سابقه ابتلا به بیماریهای عفونی را ذکر نمایید:

سایر بیماریها: در حال حاضر بیماری جسمی و روحی ندارم.

-اگر پاسخ هریک از موارد فوق مثبت است زمان ابتلا، درمان و عوارض آن توضیح داده شود:

-آیا تاکنون ناقل عفونت استافیلوککی (بوئژه انواع مقاوم آن) بوده اید؟ توضیح دهید:

-آیا تاکنون تزریق خون یا فراورده های خون را داشته اید؟ (با ذکر تعداد واحد تزریق شده، نوع فراورده و زمان و....)

سابقه واکسیناسیون و تاریخ آن

نوع واکسن	تعداد تزریق	تاریخ آخرین نوبت تزریق
هیپاتیت		
دیفتری-کزاز		
MMR		
BCG		
آنفلوانزا		
مننژیت		
سایر واکسنها		

آیا سری کامل واکسیناسیون را در طفولیت طبق برنامه کشوری دریافت داشته اید؟

وضعیت سلامت عمومی

- سابقه مصرف داروهای سرکوب کننده ایمنی (نام دارو، مدت مصرف):
- سابقه ابتلا به بیماریهای سرکوب کننده سیستم ایمنی:
- حاملگی و تعداد فرزندان:
- وجود بیماریهای پوستی: اگزما در دست و.....

اقدامات آزمایشگاهی

HbsAb HIV HCV HbsAg

اگر سوزن آلوده به بدن فرو رفته (Needle Stick Injury) این قسمت پر شود:

- ۱- نوع و زمان مواجهه:
- ۲- منشاء سوزن آلوده:
- ۳- آیا در هنگام مواجهه: -دستکش لاتکس داشته اید -دستکش یکبار مصرف داشته اید -هنگام (Recap)
- ۴- اقدامات پیشگیری و درمان:
- ۵- پیگیری:
- ۶- آیا مواجهه منجر به بیماری شده است:

تاریخ تکمیل فرم: امضاء پرسنل: امضاء پرستار کنترل عفونت:

این فرم توسط پرسنل زیر نظر پرستار کنترل عفونت واحد مربوطه تکمیل شود و به دفتر پرستاری تحویل گردد. لازم به ذکر است اطلاعات ثبت شده محرمانه می باشد.

دفتر پرستاری- واحد کنترل عفونت