

فرم مواجهه شغلی

فرم مخصوص تماس پرسنل با سرسوزنهای آلوده یا ترشحات

نام خانوادگی پرسنل:	سمت:	بخش:
سابقه کار:	سن:	جنس:
تاریخ مراجعه:		نوع مواجهه (نوع وسیله):
سابقه واکسیناسیون هپاتیت ب:		
نتیجه تیتر آنتی بادی:		
زمان مواجهه:		
<input type="radio"/> در زمان برقراری IV line	<input type="radio"/> در زمان تزریق عضلانی	<input type="radio"/> در زمان خون گیری
<input type="radio"/> در زمان عمل جراحی	<input type="radio"/> جا گذاری بیستوری	<input type="radio"/> جابجایی زباله
سایر موارد:		
مشخصات مربوط به بیمار (منبع)		
نام و نام خانوادگی بیمار:	کد:	سن:
آدرس و تلفن:		
سابقه واکسیناسیون هپاتیت ب:		
نتیجه تیتر آنتی ژن و آنتی بادی:		
منبع نامعلوم: <input type="radio"/>		

امضاء سوپروایزر:

تاریخ تنظیم فرم:

FM-33-03