**فرم جراحات و صدمات ناشی از سرسوزن و وسایل تیز و برنده**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ملاحظات** | **تلفن** | **اقدامات انجام شده**  **\*\*\*\*\*\*** | **تاریخ بررسی** | **سابقه واکسیناسیون هپاتیت ب**  **\*\*\*\*\*** | **منبع گزارش**  **\*\*\*\*** | **شغل**  **\*\*\*** | **نوع جراحات**  **\*\*** | **تاریخ بروز جراحات** | **کد ملی** | **ملیت** | **سن** | **جنس** | **نام و نام خانوادگی** | **ردیف** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**به نکات ذیل در هنگام پر کردن فرم توجه نمائید : \* ملیت : ایرانی – غیر ایرانی \*\* نوع جراحت : سرسوزن – سایر وسایل تیز و برنده**

**\*\*\* شغل : پزشک – بهیار-..... \*\*\*\* منبع گزارش : واحد واکسیناسیون – واحد تزریقات – واحد آزمایشگاه – دندانپزشکی – بخشهای بیمارستانها (بانام بخش )**

**\*\*\*\*\* سابقه واکسیناسیون هپاتیت : کامل – ناقص \*\*\*\*\*\* اقدامات انجام شده : انجام کمکهای اولیه – گزارش فوری به سوپروایزر- بررسی میزان خطر بیماریزایی ناشی از**

**- درمان پروفیلاکسی توجه :تمام ستونهای مربوطه کاملا پر شود پایان هر ماه به شماره فاکس مرکز بهداشت شرق 77430078 ارسال شود HIV-HCV-HBV**