

**POSTĘPOWANIE PO EKSPOZYCJI NA KREW I INNY POTENCJALNIE
INFEKCYJNY MATERIAŁ (IPIM) MOGĄCY PRZENOSIĆ ZAKAŻENIE HIV,
HBV, HCV**

INDYWIDUALNA KARTA EKSPOZYCJI ZAWODOWEJ

.....
(pieczęćka jednostki organizacyjnej) (data)

- 1. Imię i nazwisko poszkodowanej osoby.....
- 2. Data i godzina zdarzenia.....
- 3. Miejsce zdarzenia.....

4. Typ ekspozycji:

- przeskórna
- błon śluzowych (w tym spojówki oczu)
- ugryzienie przez pacjenta
- zadrapanie przez pacjenta

5. Narzędzie/sprzęt będące przyczyną przerwania ciągłości tkanek:

- igła ze światłem
- igła bez światła
- inne ostre narzędzie (proszę podać, jakie)
- inny materiał (proszę podać, jaki)

6. Krótki opis zdarzenia

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

7. Głębokość zranienia:

- rana powierzchowna (np. otarcie naskórka)
- rana głęboka z krwawieniem lub bez krwawienia (proszę podać, jaka)
- nie dotyczy (ekspozycja błon śluzowych)

8. Czy narzędzie było zauważalnie zanieczyszczone krwią?

- tak
- nie
- nie wiadomo
- nie dotyczy (np. ekspozycja błon śluzowych)

10. Czy pracownik był szczepiony przeciwko WZW typu B

- tak nie

jeśli tak, to:

a) kiedy została podana ostatnia dawka (rok):

b) czy sprawdzano poziom anty-HBs

- tak nie

jeśli tak, to:

poziom data badania __ / __ / _____

11. Badania laboratoryjne osoby poszkodowanej

a) WZW typu B: data badania __ / __ / _____

HbsAg dodatni ujemny nie badano

anty-HBs dodatni ujemny nie badano

anty-HBc dodatni ujemny nie badano

b) WZW typu C: data badania __ / __ / _____

anty-HCV dodatni ujemny nie badano

ALT poziom nie badano

c) HIV: data badania __ / __ / _____

anty-HIV dodatni ujemny nie badano

d) inne badania

rodzaj	wynik	data badania
.....	__ / __ / ____
.....	__ / __ / ____
.....	__ / __ / ____

12. Czy znane są dane osoby - źródła, od których pochodził materiał biologiczny?

tak nie

Jeśli tak:

Imię i nazwisko pacjenta/osoby, od której pochodził materiał biologiczny:

.....

13. Czy u pacjenta-źródła wykonano badania?

tak nie

Jeśli tak, jaki był ich wynik:

a) WZW typu B: data badania __ / __ / ____

HbsAg dodatni ujemny nie badano

b) WZW typu C: data badania __ / __ / ____

anty-HCV dodatni ujemny nie badano

c) HIV: data badania __ / __ / ____

anty-HIV dodatni ujemny nie badano

d) inne badania

rodzaj	wynik	data badania
.....	__ / __ / ____
.....	__ / __ / ____

14. Czy był świadek zdarzenia?

tak nie

Jeśli tak:

Imię i nazwisko świadka

Stanowisko.....

Podpis.....

15. Czy wdrożono postępowanie poekspozycyjne?

 tak nie

Jeśli tak, to jakie?

Środek Farmaceutyczny	Dawka	Data podania	Komentarz
HBIG	1.....	_ / _ / _	.....
	2.....	_ / _ / _	.....
Szczepionka przeciw HBV	1.....	_ / _ / _	.....
	2.....	_ / _ / _	.....
	3.....	_ / _ / _	.....
	Dawka przypominająca	_ / _ / _
Lek Antyretrowirusowy	1.....	_ / _ / _	.....
	2.....	_ / _ / _	.....
	3.....	_ / _ / _	.....
Inne	.....	_ / _ / _	.....

15. Zalecenia dalszego postępowania:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Podpis osoby poszkodowanej

.....

Pieczętka i podpis lekarza