

Formularz po zakłuciu i innych ekspozycjach na materiał potencjalnie zakaźny
CZĘŚĆ 1 (dotyczy osoby ekspozowanej / uszkodzonej)

PROSZĘ WYPEŁNIĆ BEZPOŚREDNIO PO ZDARZENIU

Proszę się zgłosić z tym formularzem bezpośrednio po zdarzeniu do lekarza, który będzie podejmował decyzję o dalszym postępowaniu.

CZĘŚĆ PIERWSZA			
DANE OSOBOWE OSOBY EKSPONOWANEJ (KTÓRA ZOSTAŁA ZRANIONA / ZACHLAPANA)			
Nazwisko: _____		Imię: _____	
PESEL: _____		Adres: _____	
Telefon kontaktowy: _____		Mężczyzna: <input type="checkbox"/> Kobieta: <input type="checkbox"/>	
Stanowisko: _____		Miejsce pracy: _____	
CZĘŚĆ DRUGA			
SZCZEGÓŁY EKSPOZYCJI			
Ekspozycja Data _____ godzina _____ Poprzednio raportowano ekspozycje TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>			
Miejsce w którym doszło do ekspozycji _____			
Rodzaj procedury, w czasie wykonywania której doszło do ekspozycji _____			
Kiedy poinformowano przełożonego data _____ godzina _____ Przełożony (-a) _____			
CZĘŚĆ TRZECIA			
RODZAJ i MODEL NARZĘDZIA		OKOLICZNOŚCI ZDARZENIA	
<input type="checkbox"/> Igła do pobierania krwi nr <input type="checkbox"/> Igła do pobierania krwi z motylkiem nr <input type="checkbox"/> Igła iniekcyjna nr <input type="checkbox"/> Igła do szycia chirurgicznego <input type="checkbox"/> Skalpel <input type="checkbox"/> Inne ostre narzędzie		<input type="checkbox"/> Dźgnięcie ostrym lub ostro zakończonym instrumentem <input type="checkbox"/> w trakcie nakładania osłonki <input type="checkbox"/> zakładanie wenflonu <input type="checkbox"/> Zakłucie podczas pobierania gazometrii <input type="checkbox"/> Inne (określ): _____	
		<input type="checkbox"/> Zachłapanie oka <input type="checkbox"/> Zachłapanie skóry uszkodzonej <input type="checkbox"/> Zachłapanie ust <input type="checkbox"/> Zakłucie związane z twarodościennym pojemnikiem na odpady	
CZĘŚĆ CZWARTA			
RODZAJ PERSONELU			
<input type="checkbox"/> Pielęgniarka <input type="checkbox"/> Instrumentariuszka <input type="checkbox"/> Chirurg <input type="checkbox"/> Lekarz niezabiegowy <input type="checkbox"/> Pracownik CS <input type="checkbox"/> Stomatolog		<input type="checkbox"/> Ratownik medyczny <input type="checkbox"/> Student medycyny <input type="checkbox"/> Student pielęgniarstwa <input type="checkbox"/> Student ratownictwa	
		<input type="checkbox"/> Personel sprzątający <input type="checkbox"/> Położna <input type="checkbox"/> Farmaceuta <input type="checkbox"/> Pracownik socjalny <input type="checkbox"/> Inny	
		<input type="checkbox"/> Radiolog <input type="checkbox"/> Pracownik ochrony <input type="checkbox"/> Opiekun medyczny <input type="checkbox"/> Wolontariusz	
CZĘŚĆ PIĄTA			
STATUS ODPORNOŚCI PRZECIWKO WZW T. B			
<input type="checkbox"/> Nie szczepiony		<input type="checkbox"/> 1 dawka szczepionki wzw t. B	
<input type="checkbox"/> Pełny cykl szczepień wzw t. B (3 lub 4 dawki), poziom przeciwciał anty-HBs nieznany		<input type="checkbox"/> 2 dawki szczepionki wzw t. B	
		<input type="checkbox"/> Pełny cykl szczepień wzw t. B (3 lub 4 dawki), poziom przeciwciał anty-HBs znany	
Anty-HBsAg (poziom przeciwciał anty-HBs)		mIU/ml data badania: _____	
CZĘŚĆ SZÓSTA			
PACJENT ŹRÓDŁOWY			
Pacjent źródłowy: Imię _____ Nazwisko _____ Nr kartoteki: _____ <input type="checkbox"/> nieznany			
CZĘŚĆ 2: Należy wypełnić niezwłocznie, jeżeli pacjent jest znany			
Podpis	Stanowisko	Data	

Formularz należy dostarczyć do Ośrodka Zwalczania Zakażeń Szpitalnych po zakończeniu ustalenia postępowania.

Formularz po zakłuciu i innych ekspozycjach na materiał potencjalnie zakaźny
CZĘŚĆ 2 (dotyczy źródła ekspozycji)

PROSZĘ WYPEŁNIĆ BEZPOŚREDNIO PO ZDARZENIU

Proszę się zgłosić z tym formularzem bezpośrednio po zdarzeniu do lekarza, który będzie podejmował decyzję o dalszym postępowaniu.

CZĘŚĆ PIERWSZA SZCZEGÓŁY ŹRÓDŁA EKSPOZYCJI			
Imię i nazwisko:			
PESEL:			
Nr księgi głównej:			
Powód przyjęcia:			
CZĘŚĆ DRUGA OCENA RYZYKA CHOROÓB PRZENOSZONYCH DROGĄ KRWI ŹRÓDŁA EKSPOZYCJI (wypełnia lekarz prowadzący pacjenta)			
Powinno być wypełnione przez pracownika służby zdrowia			
	TAK	NIE	NIEZNANY
Zakażenie HBV, HCV lub HIV			
Przyjmowanie narkotyków dożylnie lub współdzielenie igieł?			
Przetoczenia krwi przed 1992 rokiem?			
Czy było kiedykolwiek badanie w kierunku HIV, WZW. B, HCV? Jeżeli tak, jaki był wynik? <input type="checkbox"/> dodatni <input type="checkbox"/> ujemny <input type="checkbox"/> nieznany			
Mężczyzna mający kontakty seksualne z mężczyznami?			
Partner zakażony HIV?			
Czy stosuje leki w profilaktyce zakażenia HIV?			
Czy były kontakty seksualne z osobą żyjącą w kraju o zwiększonym ryzyku zakażenia HIV np. Afryka, Karaiby, Ukraina, Rosja, daleki wschód (np. Tajlandia)			
Jeżeli odpowiedziano tak na którekolwiek z powyższych pytań proszę o podanie szczegółów:			
CZĘŚĆ TRZECIA OCENA RYZYKA CHOROÓB PRZENOSZONYCH DROGĄ KRWI ŹRÓDŁA EKSPOZYCJI			
Pobrano krew <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie Wykonano badania: <input type="checkbox"/> HBsAg <input type="checkbox"/> anti-HBc <input type="checkbox"/> anti-HCV <input type="checkbox"/> anti-HIV			
CZĘŚĆ CZWARTA PRZYCZYNY NIE BADANIA ŹRÓDŁA EKSPOZYCJI			
<input type="checkbox"/> Klinicysta odmówił wykonania badań <input type="checkbox"/> Osoba eksponowana nie chciała, aby badać źródło ekspozycji <input type="checkbox"/> Pacjent wyszedł do domu	<input type="checkbox"/> Pacjent zmarł <input type="checkbox"/> Pacjent odmówił zgody na badanie <input type="checkbox"/> Inny powód		
Proszę podać szczegóły:			
Podpis	Stanowisko	Data	

Formularz należy dostarczyć do Ośrodka Zwalczenia Zakażeń Szpitalnych po zakończeniu ustalenia postępowania.

Formularz po zakłuciu i innych ekspozycjach na materiał potencjalnie zakaźny

**OŚWIADCZENIE ZGODY PACJENTA ŹRÓDŁOWEGO
na badania serologiczne z krwi po ekspozycji pracownika
na materiał potencjalnie zakaźny**

Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL pacjenta:

Nr księgi głównej:

Zostałem w pełni poinformowany o badaniach jakie zostaną wykonane z mojej krwi i wyrażam zgodę na wykonanie tych badań (anty-HIV, HBsAg, anty-HBc, anty-HCV). Wyrażam zgodę na poinformowanie osoby, która doznała ekspozycji na materiał potencjalnie zakaźny, o moich wynikach badań, osoba ta zobowiązana jest do utrzymania wyników badań w tajemnicy.

Podpis pacjenta:

Lekarz, obecny przy
składaniu oświadczenia:

Data:

Adres:

Badania u źródła ekspozycji – zwykle zlecane w systemie komputerowym (HBsAg, anty-HCV, anty-HIV) – wyniki należy odebrać po 2-4 godzinach od zlecenia.

Wynik anty-HIV - nierozstrzygnięty wymaga pilnej konsultacji lekarskiej i najpewniej zastosowania leków w profilaktyce po ekspozycyjnej.

Jednostka realizująca	LABORATORIUM RYDYGIER	
Ośrodek kosztów realizujący	LABORATORIUM RYDYGIER	
	<input checked="" type="checkbox"/> Pilne	
Opis		
Uwagi / Powód zgłoszenia		
	<input type="checkbox"/> Pobierz ostatnie rozpoznania	
	Rozpoznanie ICD10	Alternatywna nazwa
Zlecone badania Totolotek Wyszukaj pakiet usług H ...		
	Data plan.	Badanie
✘	2025-02-26	Antygen HBs (Surowica)
✘	2025-02-26	Przeciwciała anty-HCV met.chemiluminescencji (Surowica)
✘	2025-02-26	HIV Ag/Ab Combo (Surowica)
	2025-02-26	
Liczba zleconych badań: 3		



SKIEROWANIE NA BADANIA

Szpital Specjalistyczny
im. Ludwika Rydygiera w Krakowie

Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej

Nr zlecenia:

NAZWISKO			
IMIĘ		PŁEĆ	K M

PESEL																				
DATA URODZENIA																				

BADANIA*:

	Morfologia		Cholesterol		Żelazo		PSA
	Morf. + rozmaz		Cholesterol HDL		HbA1c		Kortyzol
	Morf.+roz.+ret.		Cholesterol LDL		RKZ		Prolaktyna
	Morf. + ret.		Trójglicerydy		Troponina		FSH
	OB.		CRP		Proteinogram		LH
	Protromb./INR		Fosforany		IgG		Progesteron
	APTT		Fosfataza zas.		IgA		Testosteron
	Fibrynogen		Glukoza		IgM		Estradiol
	D-dimery		GGTP		TIBC	X	HBS – Ag
	Albuminy		Kreatynina		Transferyna	X	Anty – HBS
	ALAT (GPT)		Kw. moczowy		TSH	X	Anty – HCV
	ASAT (GOT)		LDH		FT4	X	HIV
	Amylaza		Magnez		FT3		Prokalcytonina
	Amylaza-mocz		Mleczany		HCG		Mocz (bad. og.)
	Białko całk.		Mocznik		AFP		Białkomocz
	Bilirubina całk.		Sód		Ca – 125		Próba ciążowa
	Bilirubina bezp.		Potas		Ca – 15 – 3		Kał - pasożyty
	CK		Chlorki		Ca – 19 – 9		Wymaz okoł.
	CK-MB		Wapń		CEA		Kał - lamblie

INNE: anty-HBc

Osoba eksponowana/ poszkodowana – proszę o wykonanie badania w ciągu 48 godzin od zdarzenia

- proszę zaznaczyć znakiem „X”