

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی البرز

بیمارستان دکتر علی شریعتی

واحد کنترل عفونت

فرم معرفی پرسنل دچار مواجهه به آزمایشگاه

نام و نام خانوادگی مصدوم:

سمت / بخش:

تاریخ و ساعت حادثه :

آدرس و شماره تلفن همکار دچار مواجهه :

اسم بیمار و کد بیمار:

انجام آزمایشات HCV, HIV و HBS از بیمار در کمتر از ۲۴ ساعت

و اطلاع جواب به سوپروایزر .

در صورت مثبت بودن هریک از مارکهای بیمار ، نمونه خون پرسنل

نیز آزمایش شود .

نام و امضاء سوپروایزر کشیک: