

Indywidualna Karta Ekspozycji

CZĘŚĆ A

.....
pieczętka jednostki organizacyjnej

.....
data

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

4. Typ ekspozycji

- przezskórna
- 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. Rodzaj czynności, w trakcie której doszło do ekspozycji

.....
.....

7. Krótki opis zdarzenia

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

8. Głębokość zranienia

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

9. Czy narzędzie było zauważalnie zanieczyszczone krwią?

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

.....
podpis pracownika

.....
podpis i pieczętka przełożonego
lub osoby potwierdzającej zdarzenie,
lub służb BHP*

* Niepotrzebne skreślić.



Indywidualna Karta Ekspozycji

CZEŚĆ B

Imię i nazwisko poszkodowanej osoby:

I. Dane dotyczące poszkodowanej osoby

Wypełnia pracownik lub lekarz odpowiedzialny za postępowanie poekspozycyjne lub lekarz sprawujący opiekę profilaktyczną nad pracownikiem na podstawie informacji uzyskanej od jednostki przeprowadzającej postępowanie poekspozycyjne.

1. 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 __/__/_____

2. Badania laboratoryjne osoby poszkodowanej

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

HbsAg dodatni ujemny nie badano

HbeAg 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

HCV-RNA 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
.....	__/__/_____
.....	__/__/_____
.....	__/__/_____



Imię i nazwisko poszkodowanej osoby:

II. Dane dotyczące osoby, od której pochodził materiał biologiczny

Wypełnia pracownik lub lekarz odpowiedzialny za postępowanie poekspozycyjne lub lekarz sprawujący opiekę profilaktyczną nad pracownikiem na podstawie informacji uzyskanej od jednostki przeprowadzającej postępowanie poekspozycyjne.

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

- źródło nieznanne
- źródło znane, ale badań laboratoryjnych nie wykonano
- źródło znane i z wykonanymi badaniami laboratoryjnymi

2. Czy u pacjenta-źródła wykonano poniższe badania? Jeśli tak, jaki był ich wynik:

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

- | | | | |
|----------|----------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|
| HbsAg | <input type="checkbox"/> dodatni | <input type="checkbox"/> ujemny | <input type="checkbox"/> nie badano |
| HbeAg | <input type="checkbox"/> dodatni | <input type="checkbox"/> ujemny | <input type="checkbox"/> nie badano |
| anty-HBs | <input type="checkbox"/> dodatni | <input type="checkbox"/> ujemny | <input type="checkbox"/> nie badano |
| anty-HBc | <input type="checkbox"/> dodatni | <input type="checkbox"/> ujemny | <input type="checkbox"/> nie badano |

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

- | | | | |
|----------|----------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|
| anty-HCV | <input type="checkbox"/> dodatni | <input type="checkbox"/> ujemny | <input type="checkbox"/> nie badano |
| HCV-RNA | <input type="checkbox"/> dodatni | <input type="checkbox"/> ujemny | <input type="checkbox"/> nie badano |

c) HIV: data badania __/__/____

- | | | | |
|----------|----------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|
| anty-HIV | <input type="checkbox"/> dodatni | <input type="checkbox"/> ujemny | <input type="checkbox"/> nie badano |
|----------|----------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|



Imię i nazwisko poszkodowanej osoby:

III. Wdrożone postępowanie poekspozycyjne

Wypełnia lekarz odpowiedzialny za postępowanie poekspozycyjne lub lekarz sprawujący opiekę profilaktyczną nad pracownikiem na podstawie informacji uzyskanej od jednostki przeprowadzającej postępowanie poekspozycyjne.

Środek farmaceutyczny	Dawka	Data podania	Komentarz
HBIG	1. ....	__/__/____	.....
	2. ....	__/__/____	.....
Szczepionka przeciw HBV	1. ....	__/__/____	.....
	2. ....	__/__/____	.....
	3. ....	__/__/____	.....
	Dawka przypominająca	__/__/____
Lek antyretrowirusowy	1. ....	__/__/____	.....
	2. ....	__/__/____	.....
	3. ....	__/__/____	.....
Inne	.....	__/__/____	.....

IV. Zalecenia dotyczące dalszego postępowania

Wypełnia lekarz odpowiedzialny za postępowanie poekspozycyjne lub lekarz sprawujący opiekę profilaktyczną nad pracownikiem na podstawie informacji uzyskanej od jednostki przeprowadzającej postępowanie poekspozycyjne.

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

.....
pieczętka jednostki organizacyjnej,
w której przeprowadzono postępowanie poekspozycyjne
lub podstawowej jednostki służby medycyny pracy*

.....
podpis i pieczętka osoby odpowiedzialnej za postępowanie
poekspozycyjne lub lekarza sprawującego opiekę profilaktyczną
nad pracownikiem (osoby wypełniającej formularz)*

* Niepotrzebne skreślić.



V. Badania kontrolne

WZW typu B

data badania __/__/_____

HbsAg dodatni ujemny nie badano

anty-HBs dodatni ujemny nie badano

anty-HBc dodatni ujemny nie badano

data badania __/__/_____

HbsAg dodatni ujemny nie badano

anty-HBs dodatni ujemny nie badano

anty-HBc dodatni ujemny nie badano

data badania __/__/_____

HbsAg dodatni ujemny nie badano

anty-HBs dodatni ujemny nie badano

anty-HBc dodatni ujemny nie badano

WZW typu C

data badania __/__/_____

anty-HCV dodatni ujemny nie badano

ALT poziom nie badano

data badania __/__/_____

anty-HCV dodatni ujemny nie badano

ALT poziom nie badano

HIV

anty-HIV dodatni ujemny nie badano data badania __/__/_____

anty-HIV dodatni ujemny nie badano data badania __/__/_____

anty-HIV dodatni ujemny nie badano data badania __/__/_____

anty-HIV dodatni ujemny nie badano data badania __/__/_____

Inne badania

rodzaj	wynik	data badania
.....	__/__/_____
.....	__/__/_____