

Indywidualna Karta Ekspozycji

CZĘŚĆ A

.....
(pieczęć jednostki organizacyjnej)

.....
(data)

1. Imię i nazwisko poszkodowanej osoby
2. Data i godzina zdarzenia
3. Miejsce zdarzenia
4. Typ ekspozycji
☐ przezskórna ☐ ekspozycja błon śluzowych (w tym spojówki oczu)
☐ ugryzienie przez pacjenta ☐ zadrapanie przez pacjenta
5. Narzędzie/sprzęt będący przyczyną przerwania ciągłości tkanek
☐ igła ze światłem
☐ igła bez światła
☐ inne ostre narzędzie (proszę podać)
☐ inny materiał (proszę podać)
6. Rodzaj czynności, w której trakcie doszło do ekspozycji
.....
7. Krótki opis zdarzenia
.....
.....
8. Głębokość zranienia
☐ rana powierzchowna (np. otarcie naskórka)
☐ rana głęboka z lub bez krwawienia (proszę podać)
☐ 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 pieczęć przełożonego / osoby
potwierdzającej zdarzenie / służb BHP)

CZĘŚĆ B

Imię i nazwisko poszkodowanej osoby

1. Dane dotyczące poszkodowanej osoby

(do wypełnienia przez pracownika lub lekarza odpowiedzialnego za postępowanie poekspozycyjne lub lekarza sprawującego opiekę profilaktyczną nad pracownikiem na podstawie informacji uzyskanej od jednostki przeprowadzającej postępowanie poekspozycyjne)

1) Czy pracownik był szczepiony przeciwko WZW B?

- ☐ tak ☐ nie

Jeśli tak, to:

a) kiedy była podana ostatnia dawka (rok):

b) czy sprawdzano poziom anty-HBs

- ☐ tak ☐ nie

Jeśli tak, to: poziom data badania

2) Badania laboratoryjne osoby poszkodowanej

WZW B

HBs Ag ☐ dodatni ☐ ujemny ☐ nie badano Data badania __/__/____

HBe Ag ☐ dodatni ☐ ujemny ☐ nie badano

Anty-HBs ☐ dodatni ☐ ujemny ☐ nie badano

Anty-HBc ☐ dodatni ☐ ujemny ☐ nie badano

WZW C

Anty-HCV ☐ dodatni ☐ ujemny ☐ nie badano Data badania __/__/____

HCV-RNA ☐ dodatni ☐ ujemny ☐ nie badano
 ALT poziom ☐ nie badano

HIV

Anty-HIV ☐ dodatni ☐ ujemny ☐ nie badano Data badania __/__/----

Inne badania

Rodzaj	Wynik	Data pobrania
.....	__/__/----
.....	__/__/----
.....	__/__/----

2. Dane dotyczące osoby, od której pochodził materiał biologiczny

(do wypełnienia przez pracownika lub lekarza odpowiedzialnego za postępowanie poekspozycyjne lub lekarza sprawującego opiekę profilaktyczną nad pracownikiem na podstawie informacji uzyskanej od jednostki przeprowadzającej postępowanie poekspozycyjne)

1) Czy znane są dane osoby-źródła, od której pochodził materiał biologiczny?

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

2) Czy u pacjenta-źródła stwierdzono dodatni wynik:

WZW B

HBs Ag ☐ dodatni ☐ ujemny ☐ nie badano Data badania __/__/----
 HBe Ag ☐ dodatni ☐ ujemny ☐ nie badano
 Anty-HBs ☐ dodatni ☐ ujemny ☐ nie badano
 Anty-HBc ☐ dodatni ☐ ujemny ☐ nie badano

WZW C

Anty-HCV ☐ dodatni ☐ ujemny ☐ nie badano Data badania __/__/----
 HCV-RNA ☐ dodatni ☐ ujemny ☐ nie badano

HIV

Anty-HIV ☐ dodatni ☐ ujemny ☐ nie badano Data badania __/__/----

3. Wdrożone postępowanie poekspozycyjne

(do wypełnienia przez lekarza odpowiedzialnego za postępowanie poekspozycyjne lub lekarza sprawującego 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.	-- / -- / ----	
	przypominająca	-- / -- / ----	
Lek antyretrowirusowy	1.	-- / -- / ----	
	2.	-- / -- / ----	
	3.		
Inne			

4. Zalecenia dotyczące dalszego postępowania

(do wypełnienia przez lub lekarza odpowiedzialnego za postępowanie poekspozycyjne lub lekarza sprawującego opiekę profilaktyczną nad pracownikiem, na podstawie informacji uzyskanej od jednostki przeprowadzającej postępowanie poekspozycyjne)

.....

.....
 (pieczęć jednostki organizacyjnej, w której przeprowadzono postępowanie poekspozycyjne bądź podstawowej jednostki służby medycyny pracy*)

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

* Niepotrzebne skreślić.

5. Badania kontrolne*WZW B*

HBs Ag	<input type="checkbox"/> dodatni	<input type="checkbox"/> ujemny	<input type="checkbox"/> nie badano	Data badania __/__/----
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	

HBs Ag	<input type="checkbox"/> dodatni	<input type="checkbox"/> ujemny	<input type="checkbox"/> nie badano	Data badania __/__/----
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	

HBs Ag	<input type="checkbox"/> dodatni	<input type="checkbox"/> ujemny	<input type="checkbox"/> nie badano	Data badania __/__/----
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	

WZW C

Anty-HCV	<input type="checkbox"/> dodatni	<input type="checkbox"/> ujemny	<input type="checkbox"/> nie badano	Data badania __/__/----
AlAT	<input type="checkbox"/> dodatni	<input type="checkbox"/> ujemny	<input type="checkbox"/> nie badano	

Anty-HCV	<input type="checkbox"/> dodatni	<input type="checkbox"/> ujemny	<input type="checkbox"/> nie badano	Data badania __/__/----
AlAT	<input type="checkbox"/> dodatni	<input type="checkbox"/> ujemny	<input type="checkbox"/> nie badano	

HIV

Anty-HIV	<input type="checkbox"/> dodatni	<input type="checkbox"/> ujemny	<input type="checkbox"/> nie badano	Data badania __/__/----
Anty-HIV	<input type="checkbox"/> dodatni	<input type="checkbox"/> ujemny	<input type="checkbox"/> nie badano	Data badania __/__/----
Anty-HIV	<input type="checkbox"/> dodatni	<input type="checkbox"/> ujemny	<input type="checkbox"/> nie badano	Data badania __/__/----
Anty-HIV	<input type="checkbox"/> dodatni	<input type="checkbox"/> ujemny	<input type="checkbox"/> nie badano	Data badania __/__/----

Inne badania

Rodzaj	Wynik	Data pobrania
.....	__/__/----
.....	__/__/----