**KARTA ZGŁOSZENIA EKSPOZYCJI ZAWODOWEJ UM**

**CZĘŚĆ I**

|  |
| --- |
| **Wypełnia bezpośredni przełożony (kierownik zakładu, lekarz dyżurny, nauczyciel akademicki, opiekun stażu itd.)** |

**DANE OSOBY EKSPONOWANEJ** - pracownik, student, uczestnik studiów doktoranckich, doktorant, uczestnik kształcenia podyplomowego, w tym kształcenia specjalizacyjnego

Imię i nazwisko …………………………………….…………………………………….……………………. PESEL ……………………….……………………..………

Adres zamieszkania …………………….…………………………………………………………………..………….…………………...…………………………………

Telefon kontaktowy ….…………………………………………………………………………………………………………………………..….…………….………

Miejsce pracy: (oddział, zakład, katedra, dział) ……………………………..……………………….…………………………………………………………….

**DANE DOTYCZĄCE EKSPOZYCJI**

Data ……………………………… Godzina ……..……… Miejsce zdarzenia ………...................……….…………………………………………………….

**RODZAJ EKSPOZYCJI:** □ zakłucie; □ zranienie; □ kontakt z błonami śluzowymi; □ inne …………………………….………………………

**Ekspozycja prawdopodobna:**

□ śródskórne „powierzchniowe” skaleczenie igłą skażoną krwią lub innym potencjalnie infekcyjnym materiałem (IPIM)

□ powierzchniowa rana bez widocznego krwawienia, wywołana przez narzędzie skażone krwią lub IPIM

□ wcześniej nabyte skaleczenie skażone krwią lub IPIM

□ kontakt śluzówek lub spojówek z krwią lub IPIM

**Ekspozycja ewidentna:**

□ uszkodzenie przenikające przez skórę igłą skażoną krwią lub IPIM

□ wstrzyknięcie krwi (niezakwalifikowane jako ekspozycja masywna)

□ skaleczenie lub podobna rana z następstwem krwawienia, wywołane przez narzędzie w sposób widoczny zanieczyszczenie krwią lub IPIM

□ każde bezpośrednie wprowadzenie materiału biologicznego zawierającego lub prawdopodobnie zawierającego HIV, HCV, HBV

**Ekspozycja masywna:**

□ wstrzykniecie dużej objętości (powyżej 1 ml) krwi lub płynów ustrojowych potencjalnie zakaźnych

**Inne:**

□ prawdopodobieństwo zakażenia tężcem (w przypadku wątpliwości zapytać lekarza w Klinice Pediatrii i Chorób Infekcyjnych, ul. T. Chałubińskiego 2-2A, tel. Dyżurki lekarskie 71/770-31/54 do 56 lub dyżurka pielęgniarek 71/770-31-58)

**MIEJSCE EKSPOZYCJI** (część ciała) ……………………………..……………………….…………………………….……………………………………………….

Rodzaj narzędzia, które było przyczyną ekspozycji ……………………..……………………….…………………………………………………………….

OKOLICZNOŚCI, w jakich doszło do zdarzenia (szczegółowy opis) ………………………………………………………………………………………… ……………………………..……………………….……………………………………………..……………………….…………………………………………………………….……………………………..……………………….……………………………………………..……………………….…………………………………………………………….

**PODJĘTE DZIAŁANIA** (postępowanie nieswoiste po ekspozycji) …………………………………………………………………………………………

……………………………..……………………….……………………………………………..……………………….…………………………………………………………….

……………………………..……………………….……………………………………………..……………………….…………………………………………………………….

**ŚWIADEK ZDARZENIA** (nazwisko i imię) …………………………..……………………….………………………………………………………………………..

Podpis: …………………………………………………… data…………………………………………………………… □ brak świadka

**ŚRODKI OCHRONY OSOBISTEJ** stosowane przez osobę eksponowaną podczas zdarzenia: □ okulary/przyłbice/gogle ;

□ rękawiczki; □ maska ochronna; □ fartuch ochronny □ inne ………………………………………………….., □ bez odzieży ochronnej

**STATUS OSOBY EKSPONOWANEJ** (na podstawie dokumentacji – ostatnie znane wyniki badań wykonywanych przed ekspozycją)

Liczba i daty szczepień przeciw WZW B …………………………………………………………………………………………………………………..……..

Przeciwciała anty-HBs, data badania…………………………………. miano……………………….…………….. □ nie oznaczono

Przeciwciała anty-HCV, data badania…………………………………. miano……………………….…………….. □ nie oznaczono

Przeciwciała anty-HIV, data badania…………………………………. miano……………………….…………….. □ nie oznaczono

Liczba i daty szczepień przeciw tężcowi …………………………………………………………………………………………………………………….

Data ostatniego szczepienia przeciw tężcowi ……………………………………………………………………………………………………………

Anatoksyna podana przeciwtężcowa – data podania ……………………………………………………………………………………………………

□ choroby przewlekłe ……………………………………………………………………………………………………………..

□ leki przyjmowane na stałe ……………………………………………………………………………………………………………..

Ciąża: □ TAK □ NIE

Inne informacje………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**□ Źródło ekspozycji znane □ Źródło ekspozycji nieznane**

…………………………………… …………………………………………………………………………………

Data, podpis osoby po ekspozycji Data, pieczątka i podpis przełożonego, kierownika zakładu, lekarza dyżurnego, nauczyciela akademickiego, opiekuna stażu

**CZĘŚĆ II**

|  |
| --- |
| **Wypełnia lekarz dyżurny/lekarz prowadzący pacjenta źródłowego** |

**STATUS PACJENTA będącego przyczyna ekspozycji (na podstawie dokumentacji – ostatnie znane wyniki badań)**

Nazwisko i imię …………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………..

Adres zamieszkania pacjenta ……………………………………………………………………………………………………………………………………..

Nr historii choroby ………….. Klinika/oddział (adres) ……………………………………………………………………………………………………

Czas pobytu ………………………………

**Rozeznanie lekarskie z wywiadu …………………………………………………………………………………………………………………………………**

Szczepienia przeciw WZW: □ był szczepiony; data szczepień: ………………………………………………………………………………….

 □ nie był szczepiony, □ brak danych

Antygen HBs: data badania………………………………….…… wynik ………………………………………………… □ nie oznaczono

Przeciwciała anty-HBc: data badania……………………………… wynik …………………………………………… □ nie oznaczono

Przeciwciała anty-HCV: data badania……………………………… wynik ……………………………………………… □ nie oznaczono

Przeciwciała anty-HIV : data badania……………………………… wynik ……………………………………………… □ nie oznaczono

Jeśli pacjent źródłowy jest zakażony HIV, to:

Ostatnia wiremia: data badania……………………………… wynik ……………………………………………………….. □ nie oznaczono

Przyjmowane leki antyretrowirusowe ………………………………………………………………………………………………………………………………….

Oporność na leki antyretrowirusowe ……………………………………………………………………………………………………………………………..

Dodatkowe informacje o pacjencie (ważne dla ustalenia prawdopodobieństwa zakażenia np. immunosupresja, hipogammaglobulinemia itd.) …………………………………………………………………………

 Data, pieczątka i podpis lekarza (lekarz dyżurny, lekarz prowadzący pacjenta)

**CZĘŚĆ III**

|  |
| --- |
| **Wypełnia lekarz konsultujący w Klinice Pediatrii i Chorób Infekcyjnych, ul. T. Chałubińskiego 2-2A** |

**UWAGA!** Konsultacje odbywają się w KLINICE PEDITARII I CHORÓB INFEKCYJNYCH przy ul. T. Chałubińskiego 2-2A, dyżurki lekarskie – tel. 71/770 31 54 do 56, dyżurka pielęgniarek – tel. 71/ 770 31 58.

**1. POSTĘPOWANIE WOBEC PACJENTA ŹRÓDŁOWEGO**

 **Zgoda pacjenta na badania □ TAK □ NIE**

**Wykonanie testów wykrywających:**

□ antygen HBs □ przeciwciała anty-HCV □ przeciwciała anty-HIV

□ Inne badania: HIV RNA ilościowo ……………………………………………………………………………………………………………….

□ bez badań

Data zlecenia badań: ………………………………………………… Data otrzymania wyniku: ………………………………………………………..

**Wyniki badań:**

antygen HBs wynik: ……………………………………………………………………………………………………………….

przeciwciała anty-HCV wynik: ……………………………………………………………………………………………………………….

przeciwciała anty-HIV wynik: ……………………………………………………………………………………………………………….

Jeśli wiremia HIV RNA jest nie wykrywalna, można odstawić leki zastosowane w profilaktyce u osoby eksponowanej .

Pieczątka i podpis lekarza konsultującego …………………………………………………………………………

**2. POSTĘPOWANIE WOBEC OSOBY EKSPONOWANEJ**

 **Zgoda osoby eksponowanej na badania □ TAK □ NIE**

**Wykonanie testów wykrywających:**

□ przeciwciała anty-HBs, □ przeciwciała anty HBc, □ przeciwciała anty-HCV, □ przeciwciała anty-HIV

□ kreatynina, □ beta-hCG – u kobiet w wieku rozrodczym, □ antygen HBs – u osoby nieszczepionej:

Data zlecenia badań: ………………………………………………. Data otrzymania wyniku: …………………………………………………….

Wyniki badań:

przeciwciała anty-HBs wynik: ……………………………………………………………………………………………………………….

przeciwciała anty-HBc wynik: ……………………………………………………………………………………………………………….

przeciwciała anty-HCV wynik: ……………………………………………………………………………………………………………….

przeciwciała anty-HIV wynik: ……………………………………………………………………………………………………………….

kreatynina wynik: ……………………………………………………………………………………………………………….

beta-hCG wynik: ……………………………………………………………………………………………………………….

**Kwalifikacja do profilaktyki**: □ Pacjent kwalifikuje się do profilaktyki □ Pacjent nie kwalifikuje się do profilaktyki

**□ Profilaktyka WZW B – rodzaj profilaktyki:**

□ szczepionki przeciw WZW B Liczba dawek ……………………………………………………………………………………..………………………….

 ………………………………………………………………………………………………………………………………………

 Data pierwszej dawki ……………………………………………………………………………………………………

 Data kolejnej, planowanej dawki …………………………………………………………………………………..

□ immunoglobulina przeciw WZW B Liczba dawek ……………………………………………………………………………………..…………

 ………………………………………………………………………………………………………………………………………

 Data pierwszej dawki ……………………………………………………………………………………………………

 Data kolejnej, planowanej dawki …………………………………………………………………………………..

**□ Profilaktyka przeciw tężcowi – rodzaj profilaktyki:**

□ szczepionki przeciw tężcowi Liczba dawek ……………………………………………………………………………………..………………………….

 ………………………………………………………………………………………………………………………………………

 Data pierwszej dawki ……………………………………………………………………………………………………

 Data kolejnej, planowanej dawki …………………………………………………………………………………..

□ immunoglobulina przeciw tężcowi Liczba dawek ……………………………………………………………………………………..…………

 ………………………………………………………………………………………………………………………………………

 Data pierwszej dawki ……………………………………………………………………………………………………

 Data kolejnej, planowanej dawki …………………………………………………………………………………..

**□ Profilaktyka antyretrowirusowa – rodzaj profilaktyki:**

1. Nazwa leku ………………………………………… Postać…………………………………………… Dawkowanie……………………………………

Data podania …………………………………………………………………………………………………… godz. ………………………

2. Nazwa leku ………………………………………… Postać…………………………………………… Dawkowanie……………………………………

Data podania …………………………………………………………………………………………………… godz. ………………………

3. Nazwa leku ………………………………………… Postać…………………………………………… Dawkowanie……………………………………

Data podania …………………………………………………………………………………………………… godz. ………………………

 **Jak długo?**

□ 28 dni □ inne ………………………………………………………………………………………..

**□ bez podania leków**

……………………………………………………………

pieczątka i podpis lekarza konsultującego

**CZĘŚĆ IV**

|  |
| --- |
| **Wypełnia lekarz w Klinice Pediatrii i Chorób Infekcyjnych, ul. T. Chałubińskiego 2-2A** |

**DALSZE ZALECENIA**

□ **1. Badania kontrolne – 2 tydzień po ekspozycji *(dotyczy tylko osób poddanych 28 dniowej profilaktyce zakażenia HIV)***

Data wizyty……………………………………………………

**Wyniki badań:**

Morfologia: wynik:………………………………………… Data: ……………………………………….

ALAT: wynik:………………………………………… Data: ……………………………………….

kreatynina: wynik:………………………………………… Data: ……………………………………….

inne wg uznania (ASPAT, amylaza): wynik:………………………………………… Data: ……………………………………….

……………………………………………………………

Pieczątka i podpis lekarza konsultującego

□ **2. Badania kontrolne – 4 tydzień po ekspozycji**

□ a) *dotyczy tylko eksponowanych poddanych 28 dniowej profilaktyce zakażenia HIV* Data wizyty..................

przeciwciała anty-HIV wynik: ………………………………….. Data otrzymania wyniku: ………….

□ ***b)*** *dotyczy tylko eksponowanych - jeżeli pacjent źródłowy był zakażony HCV lub źródło jest nieznane*

Data wizyty.........

HCV RNA jakościowo wynik: …………………………………… Data otrzymania wyniku: …………..

………………………………………………

Pieczątka i podpis lekarza konsultującego

**3. Badania kontrolne – 8 tydzień (2 miesiąc) po ekspozycji -** *dotyczy tylko eksponowanych poddanych 28 dniowej profilaktyce zakażenia HIV*  Data wizyty.......................................

przeciwciała anty-HIV wynik: …………………………… Data otrzymania wyniku: .......................

**4. Badania kontrolne – 24 tydzień (6 miesiąc) po ekspozycji (*dotyczy wszystkich eksponowanych)***

 Data wizyty ......................

a) przeciwciała anty-HCV wynik: ............................... Data otrzymania wyniku……………

………………………………………………

Pieczątka i podpis lekarza konsultującego

b) ***jeżeli pacjent źródłowy był zakażony wirusem HBV lub źródło było nieznane a osoba eksponowana nie miała optymalnego miana przeciwciał anty-HBs:***

antygen HBs wynik: ………………………………… Data otrzymania wyniku.........................

przeciwciała anty-HBc wynik: ………………………………… Data otrzymania wyniku.........................

ALAT wynik: ……………………………… Data otrzymania wyniku.........................

………………………………………………

Pieczątka i podpis lekarza konsultującego

**5. Badania kontrolne - *dotyczy wszystkich osób eksponowanych, które nie miały w badaniu wstępnym optymalnego miana przeciwciał anty-HBs i została im podana dodatkowa dawka szczepienia p/WZWB (np. EUVAX 20j) – 4-6 tygodni po podaniu dodatkowej dawki:***

przeciwciała anty-HBs wynik: ………………………………… Data otrzymania wyniku.........................

………………………………………………

Pieczątka i podpis lekarza konsultującego

Inne zalecenia

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………….. ………………………………………………………………

Podpis osoby eksponowanej Pieczątka i podpis lekarza konsultującego

**CZĘŚĆ V**

|  |
| --- |
| **Konsultacja w Poradni Profilaktyki HIV i AIDS (wypełnia lekarz konsultujący – Specjalista Chorób Zakaźnych)** |

\* W przypadku wystąpienia powikłań osoba eksponowana kierowana jest do Poradni Profilaktyki HIV i AIDS w Szpitalu Specjalistycznym we Wrocławiu, ul. Koszarowa 2, tel. 71/326 13 27, wew. 137

\*Skierowanie wydaje konsultujący lekarz z Kliniki Pediatrii i Chorób Infekcyjnych (na skierowaniu należy wpisać adnotację EKSPOZYCJA ZAWODOWA).

Zalecenia:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………….. ………………………………………………………………

Data Pieczątka i podpis lekarza Specjalisty Chorób Zakaźnych