

## فرم ارزیابی و ارجاع موارد مواجهه شغلی و غیر شغلی با HIV

* نام و نام خانوادگی .....	* شغل .....	* سن / تحصیلات .....	* آدرس و تلفن: ..... .....
-------------------------------	----------------	-------------------------	-------------------------------

* محل اتفاق: <input type="checkbox"/> بیمارستان <input type="checkbox"/> پارک <input type="checkbox"/> سایر با ذکر محل .....	* زمان آسیب: دقیقا ثبت شود. ..... .....	* اقدامات انجام شده: <input type="checkbox"/> شستشوی محل با آب و صابون <input type="checkbox"/> شستشوی غشای مخاطی با آب	* نوع مواجهه: <input type="checkbox"/> فرورفتن سوزن در پوست <input type="checkbox"/> بریدگی با اشیاء تیز <input type="checkbox"/> تماس جنسی <input type="checkbox"/> پاشیدن ترشحات به چشم <input type="checkbox"/> سایر موارد
--	--	---	--

* نوع مایع تماس یافته: <input type="checkbox"/> خون <input type="checkbox"/> ترشحات جنسی <input type="checkbox"/> مایع صفاقی <input type="checkbox"/> مایع پلور <input type="checkbox"/> مایع مغزی نخاعی <input type="checkbox"/> سایر با ذکر نام .....	* وضعیت فرد مواجهه یافته: <input type="checkbox"/> آزمایش تاکنون انجام نشده است. <input type="checkbox"/> آزمایش انجام داده و HIV منفی است. <input type="checkbox"/> آزمایش انجام داده و HIV مثبت است.	* وضعیت فرد منبع : <input type="checkbox"/> نامشخص است <input type="checkbox"/> آزمایش تاکنون انجام نشده است. <input type="checkbox"/> در ۶ ماه گذشته آزمایش انجام داده و HIV منفی است. <input type="checkbox"/> آزمایش انجام داده و HIV مثبت است. <input type="checkbox"/> فرد منبع جزو گروههای در معرض آسیب است .	* ارزیابی فرد مواجهه یافته: <input type="checkbox"/> نیاز به پروفیلاکسی دارویی ندارد. <input type="checkbox"/> نیاز به پروفیلاکسی دارویی دارد. HIV دارد.
--	---	--	---

* نام و تلفن مرکز ارجاع دهنده به مرکز مشاوره بیماری های رفتاری: .....  * در صورت عدم همکاری فرد مواجهه یافته توضیحات ذکر شود:	* نام و امضا پزشک تجویز کننده داروی پروفیلاکسی: .....  * نام مرکز شروع کننده دارو: .....  * تاریخ ارجاع به مرکز مشاوره بیماری های رفتاری: .....	* نام مرکز ارجاع کننده : .....  * تاریخ شروع پروفیلاکسی HIV: ...../...../.....  * نوع دارو و تعداد دارو: <input type="checkbox"/> ترودا..... <input type="checkbox"/> زیدوودین..... <input type="checkbox"/> لامیوودین..... <input type="checkbox"/> کالترا.....	* اقدامات انجام شده برای پیشگیری از ابتلا به هپاتیت B: <input type="checkbox"/> ایمونوگلوبولین <input type="checkbox"/> واکسیناسیون <input type="checkbox"/> اقدامی لازم نبود. ***** * اقدامات انجام شده در پیشگیری از ابتلا به STI: <input type="checkbox"/> تجویز مترونیدازول..... <input type="checkbox"/> تجویز آزیترومایسین.....
--	--	--	--

ارزیابی مرکز مشاوره بیماریهای رفتاری : <input type="checkbox"/> پروفیلاکسی قطع شود . <input type="checkbox"/> پروفیلاکسی ادامه یابد .	نام و امضاء پزشک مرکز مشاوره بیماریهای رفتاری
---	---