

Zdarzenie po ekspozycji

Nr Ident. ekspozycji _____

Nr Ident. jednostki: (tylko do użytku wew.) _____

Data urazu / ekspozycji: __ / __ / ____



EPINet is a trademark of the University of Virginia.
Windows is a registered trademark of
Microsoft Corporation in the United States and/or other countries.
Operates in Windows 95 and Windows 98 Environments.
© 2000 Secton, Dickinson and Company.
V1.7d Poland

8/2012

Pacjent – Źródło Ekspozycji:

1. Czy możliwa była identyfikacja pacjenta - źródła ekspozycji?

- 1 pacjent znany, wykonano badania
 2 pacjent znany lecz nie wykonano badań labor., przyczyna: _____
 3 pacjent nieznan

2. Czy pacjent – źródło ekspozycji miał oznaczone markery zakażenia HBV, HCV i HIV (uwzględnij również badania wykonane przed ekspozycją i zaznacz odpowiednio wynik)

Patogen	Test (zakreśl kołem)	Wynik (zakreśl kołem)			Data pobrania
HBV	HbsAg	1 pozytywny	2 negatywny	3 nie badane	__ / __ / ____
	HbeAg	1 pozytywny	2 negatywny	3 nie badane	
	Anty HBs	1 pozytywny	2 negatywny	3 nie badane	
	Anty HBc	1 pozytywny	2 negatywny	3 nie badane	
HCV	Anty-HCV	1 pozytywny	2 negatywny	3 nie badane	__ / __ / ____
	Wiremia HCV-RNA	1 pozytywny	2 negatywny	3 nie badane	
HIV	Anty-HIV	1 pozytywny	2 negatywny	3 nie badane	__ / __ / ____
	Limfocyty CD4	liczba: _____		3 nie badane	
	Wiremia HIV-RNA	liczba kopii /ml: _____		3 nie badane	
	Test potwierdzenia WB	1 pozytywny	2 negatywny	3 nie badane	
Inne	_____			__ / __ / ____	

3. Jeśli pacjent – źródło został zaliczony do grupy wysokiego ryzyka zakażenia patogenami krwiopochodnymi, zaznacz wszystkie możliwości, które mogą na to wskazywać:

- Biorca prod. krwiopochodnych Hemofilia Inne, opis: _____
 Stosowanie śr. odurzających drogą dożylną Ryzykowne zachowania seksualne
 Podwyższona aktywność enzymów wątrobowych Dializy

4. Jeśli pacjent – źródło ekspozycji był HIV dodatni, czy był leczony kiedykolwiek przed ekspozycją jakimkolwiek z niżej wymienionych leków antyretrowirusowych?:

- Nieznany 3TC IDV
 AZT ddC Inne, opis: _____

5. Dodatkowy komentarz o pacjencie-źródle ekspozycji:

Pracownik opieki zdrowotnej (PrOZ):

1. Pracownik był konsultowany:

- 1 W macierz.zakł.prac. (pielęgniarka epidemiologiczna, bezpośredni przełożony, lekarz zakładowy)
 2 Izba przyj./oddz.rat.
 3 Ośr.profilakt. poeksp.
 4 W innym m-scu, opis: _____

2. Czy PrOZ był szczepiony p-ko WZW B przed ekspozycją?

- 1- Dawka 2- Dawka 3- Dawka 99 Nie
Jeśli tak, to czy miał oznaczone miano przeciwciał anty-HBs Miano _____ Data badania: __ / __ / ____

2a. Czy pracownica była w ciąży w trakcie ekspozycji? 1 Tak 2 Nie 3 Nie dotyczy

- Jeśli tak, który trymestr? 1 Pierwszy 2 Drugi 3 Trzeci

3. Wyniki badań wyjściowych:

Patogen	Test (zakreśl kołem)	Wynik (zakreśl kołem)			Data pobrania	Liczba dni do nast. testu
HBV	HbsAg	1 pozytywny	2 negatywny	3 nie badane	__ / __ / ____	---
	HbeAg	1 pozytywny	2 negatywny	3 nie badane		
	Anty HBs	1 pozytywny	2 negatywny	3 nie badane		
	Anty HBc	1 pozytywny	2 negatywny	3 nie badane		
HCV	Anty-HCV	1 pozytywny	2 negatywny	3 nie badane	__ / __ / ____	---
	Wiremia HCV-RNA	1 pozytywny	2 negatywny	3 nie badane		
HIV	Anty-HIV	1 pozytywny	2 negatywny	3 nie badane	__ / __ / ____	---
Inny	_____				__ / __ / ____	---

Inny _____

4. Proszę zakreślić wszystkie specyfiki stosowane w leczeniu / profilaktyce poekspozycyjnej u PrOZ i podać dawki:

Leczenie	Dawka	Data podania	Czas / Uwagi
HBIG	1. _____	___/___/_____	_____
	2. _____	___/___/_____	_____
Szczepionka p-wko WZW B	1. _____	___/___/_____	_____
	2. _____	___/___/_____	_____
	3. _____	___/___/_____	_____
Dawka przypominająca: _____		___/___/_____	_____
HIV-lek antyretrowirusowy: _____		___/___/_____	_____
HIV-lek antyretrowirusowy: _____		___/___/_____	_____
HIV-lek antyretrowirusowy: _____		___/___/_____	_____
Inne, lek _____		___/___/_____	_____

5. Wyniki badań kontrolnych: (przewidziano miejsce dla wyników powtarzanych testów, jednak protokoły badań mogą się różnić w różnych instytucjach)

Patogen	Test (zakreśl kołem)	Wynik (zakreśl kołem)			Data pobrania	Liczba dni do nast. testu
HBV	Panel 1					
	HbsAg	1 pozytywny	2 negatywny	3 nie badane	___/___/_____	---
	Anty HBs	1 pozytywny	2 negatywny	3 nie badano		
	Anty HBc	1 pozytywny	2 negatywny	3 nie badane		
	Panel 2					
	HbsAg	1 pozytywny	2 negatywny	3 nie badane	___/___/_____	---
	Anty HBs	1 pozytywny	2 negatywny	3 nie badane		
	Anty HBc	1 pozytywny	2 negatywny	3 nie badane		
	Panel 3					
	HbsAg	1 pozytywny	2 negatywny	3 nie badane	___/___/_____	---
HCV	Anty-HCV (test 1)	1 pozytywny	2 negatywny	3 nie badane	___/___/_____	---
	Anty-HCV (test 2)	1 pozytywny	2 negatywny	3 nie badane		
HIV	Anty-HIV (test 1)	1 pozytywny	2 negatywny	3 nie badane	___/___/_____	---
	Anty-HIV (test 2)	1 pozytywny	2 negatywny	3 nie badane	___/___/_____	---
	Anty-HIV (test 3)	1 pozytywny	2 negatywny	3 nie badane	___/___/_____	---
	Anty-HIV (test 4)	1 pozytywny	2 negatywny	3 nie badane	___/___/_____	---
Inny	_____	_____	_____	___/___/_____	---	
Inny	_____	_____	_____	___/___/_____	---	

6. Dodatkowy komentarz:

7. Przebieg profilaktyki
Wyniki badań serologicznych:

Czas od ekspoz.	Data	HIV	HBsAg	HCV
_____	___/___/_____	_____	_____	_____
_____	___/___/_____	_____	_____	_____
_____	___/___/_____	_____	_____	_____

Przebieg szczepień anty-HBV:

- 1 Dawka
- Szczepienie podstawowe → data ___/___/_____
- iniekcja po 1 miesiącu: → data ___/___/_____
- iniekcja po 2 miesiącach: → data ___/___/_____
- iniekcja po 1 roku: → data ___/___/_____

Przebieg profilaktyki anty-HIV: (ostatnie 4 tygodnie w całości)

Stosowanie się do zaleceń: 1 Dobre 2 Słabe lub brak 3 Trwa badanie

Czy przerwano leczenie? 1 Tak AZT przerwano od: ___/___/_____ do: ___/___/_____
3TC przerwano od: ___/___/_____ do: ___/___/_____
Indinavir przerwano od: ___/___/_____ do: ___/___/_____

2 Nie

