

Постконтактные мероприятия



Идентификационный номер аварийной ситуации: _____
(только для внутреннего использования)

Номер ЛПУ: _____
(только для внутреннего использования)

Дата травмы/контакта с биологической жидкостью __/__/____

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 Becton, Dickinson and Company.
V 1.4 Russian Federation

6/2010

Пациент - источник:

1) Был ли определен пациент-источник биологической жидкости?

- источник известен и протестирован
 источник известен, но не протестирован; причина: _____
 источник неизвестен

2) Были ли у пациента-источника положительные лабораторные результаты на наличие следующих инфекций? (даже если тестирование проходило до аварийного случая?)

Патоген	Тест (обведите)	Результат (обведите результат)			Дата теста
Гепатит В	HbsAg	1 положительный	2 отрицательный	3 не тестирован	
	HbeAg	1 положительный	2 отрицательный	3 не тестирован	
	Анти-HBs	1 положительный	2 отрицательный	3 не тестирован	
	Анти-HBc	1 положительный	2 отрицательный	3 не тестирован	__/__/____
Гепатит С	ВГС ИФА	1 положительный	2 отрицательный	3 не тестирован	
	ВГС ПЦР	1 положительный	2 отрицательный	3 не тестирован	__/__/____
ВИЧ	ВИЧ ИФА	1 положительный	2 отрицательный	3 не тестирован	__/__/____
	ВИЧ РНК	1 положительный	2 отрицательный	3 не тестирован	__/__/____
	Значение CD4 _____ Вирусная нагрузка _____				

Другое _____ __/__/____

3) Если пациент-источник принадлежал группе высокого риска заражения гемоконтактными инфекциями, отметьте все соответствующие пункты:

- Реципиент крови или ее составляющих
 Употребление внутривенных наркотиков
 Повышение печеночных ферментов
 Гемофилия
 Сексуальное поведение
 Диализ
 Другое, опишите: _____

4) Если пациент-источник имеет позитивный ВИЧ-статус, получал ли он какие либо из следующих препаратов до контакта?

- Неизвестно
 d4T
 ЗТС
 NVP
 Ингибиторы протеазы
 Другие АРВ-препараты: _____

5) Дополнительные комментарии о пациенте-источнике:

Медицинский работник:

1) Медицинский работник был обследован в:

- 1 отделении профпатологии
 2 отделении скорой помощи
 3 Другое, опишите: _____

2) Был ли медработник вакцинирован против ВГВ до аварийного случая?

- 1 Полностью, 3 дозы
 2 Частично, 1 или 2 дозы
 3 Нет
 4 Неприменимо

Если да, укажите уровень антител после прохождения прививки: (если тест был проведен)

_____ Дата теста: __/__/____

2а) Была ли у медработника беременность? 1 Да 2 Нет 3 Неизвестно
 Если да, то в каком триместре? 1 Первый 2 Второй 3 Третий

3) Результаты первичного обследования:

Патоген	Тест (обведите)	Результат (обведите результат)			Дата теста	Число дней до следующего теста
Гепатит В	HbsAg	1 положительный	2 отрицательный	3 не тестирован	___/___/_____	_____
	HbeAg	1 положительный	2 отрицательный	3 не тестирован		
	Анти-НВs	1 положительный	2 отрицательный	3 не тестирован		
	Анти-НВс	1 положительный	2 отрицательный	3 не тестирован		
Гепатит С	ВГС ИФА	1 положительный	2 отрицательный	3 не тестирован	___/___/_____	_____
	Анти-ВГС доп.	1 положительный	2 отрицательный	3 не тестирован		
ВИЧ	ВИЧ ИФА	1 положительный	2 отрицательный	3 не тестирован	___/___/_____	_____
Другое	_____	_____			___/___/_____	_____

4) Укажите названия и дозы всех препаратов, назначенных медработнику в рамках постконтактной профилактики

Препарат	Доза	Дата назначения	Продолжительность/Комментарии
Иммуноглобулин против ВГВ	1. _____	___/___/_____	_____
	2. _____	___/___/_____	_____
Вакцина против ВГВ	1. _____	___/___/_____	_____
	2. _____	___/___/_____	_____
	3. _____	___/___/_____	_____
Бустер:	_____	___/___/_____	_____

В соответствие с протоколом ПКП:

АРВ препарат, укажите:	___/___/_____	_____
АРВ препарат, укажите:	___/___/_____	_____
АРВ препарат, укажите:	___/___/_____	_____
Другое, укажите:	___/___/_____	_____

Приверженность: (ориентировочная оценка в диапазоне от 0 до 100%): _____ %

5) Результаты последующих тестов: (место предусмотрено для результатов повторных тестов, хотя протоколы исследований могут варьироваться в разных учреждениях)

Патоген	Тест (обведите)	Результат (обведите результат)			Дата теста	Число дней до следующего теста	
Гепатит В	Тест 1	HbsAg	1 положительный	2 отрицательный	3 не сделан	___/___/_____	_____
		Анти-НВs	1 положительный	2 отрицательный	3 не сделан		
		Анти-НВс	1 положительный	2 отрицательный	3 не сделан		
	Тест 2	HbsAg	1 положительный	2 отрицательный	3 не сделан		
		Анти-НВs	1 положительный	2 отрицательный	3 не сделан		
		Анти-НВс	1 положительный	2 отрицательный	3 не сделан		
	Тест 3	HbsAg	1 положительный	2 отрицательный	3 не сделан		
		Анти-НВs	1 положительный	2 отрицательный	3 не сделан		
		Анти-НВс	1 положительный	2 отрицательный	3 не сделан		
Гепатит С	ВГС ИФА	1 положительный	2 отрицательный	3 не сделан	___/___/_____	_____	
	Анти-ВГС	1 положительный	2 отрицательный	3 не сделан			
ВИЧ ИФА	Тест 1	1 положительный	2 отрицательный	3 не сделан	___/___/_____	_____	
	Тест 2	1 положительный	2 отрицательный	3 не сделан			
	Тест 3	1 положительный	2 отрицательный	3 не сделан			
	Тест 4	1 положительный	2 отрицательный	3 не сделан			
Другое	_____	_____			___/___/_____	_____	
Другое	_____	_____			___/___/_____	_____	

6) Дополнительные комментарии:

7) Мероприятия, проведенные на рабочем месте:
