

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 badane		
	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	___/___/___	---
	Anty HBs	1 pozytywny	2 negatywny	3 nie badane		
	Anty HBc	1 positive	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 anti-HBV:

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

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

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

Czy przerwano leczenie? ☐ 1 Tak ☐ 2 Nie

AZT przerwano od: ___/___/___ do: ___/___/___

3TC przerwano od: ___/___/___ do: ___/___/___

Indinavir przerwano od: ___/___/___ do: ___/___/___

Czy zmniejszyć dawkę? ☐ 1 Tak AZT _____ mg z _____
3TC _____ mg z _____
Indinavir _____ mg z _____

☐ 2 Nie

Czy pojawiły się działania niepożądane / toksyczne?

☐ 1 Tak → jakie? _____
jak poważne? _____
początek, data: ____/____/____ koniec, data: ____/____/____

☐ 2 Nie

Działania podjęte w wyniku działania niepożądane:

☐ AZT → ☐ leków zmniejszenie dawki, data: ____/____/____
☐ 3TC → ☐ leków zmniejszenie dawki, data: ____/____/____
☐ Indinavir → ☐ leków zmniejszenie dawki, data: ____/____/____

Ostatnio leki zostały podjęte:

☐ AZT → ☐ Odstawienie leku: ____/____/____
☐ 3TC → ☐ Odstawienie leku: ____/____/____
☐ Indinavir → ☐ Odstawienie leku: ____/____/____