

# 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
					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
					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:**

---

---

---