

فرم شماره ۱

بسمه تعالی	
تاریخ : ۸۸/۶/۱۴	کد :
دفتر / اداره کل / مرکز مرکز بهداشت شهرستان فریمان	نام گروه / اداره مبارزه با بیماریها
عنوان روش اجرایی : برخورد با موارد نیدل استیک	
خدمت گیرندگان : پرسنل بهداشتی درمانی	خدمت دهندگان : کارشناسان واحد مبارزه با بیماریها
لیست مدارک و اطلاعات فرم های مورد نیاز : فرم گزارش نیدل استیک لطفاً سه نسخه از هریک از فرمهای مورد استفاده ضمیمه گردد .	

فرم شماره ۲

بسمه تعالی				
کد :		تاریخ : ۸۸/۶/۱۲		
تعداد کل مراحل :		شرح مراحل انجام کار :		
ارتباط آن با سایر مراحل	زمان	نحوه انجام کار در این مرحله	عنوان هر مرحله	ردیف
مستقیم	۵ دقیقه	حضور یا تلفنی	مراجعه یا گزارش موارد نیدل استیک	۱
مستقیم	۵ دقیقه	حضور	تعیین نحوه تماس	۲
مستقیم	۵ دقیقه	حضور	بررسی سابقه واکسیناسیون	۳
غیر مستقیم	۶۰ دقیقه	آزمایشگاهی	بررسی وضعیت منبع	۴
غیر مستقیم	۶۰ دقیقه	آزمایشگاهی	بررسی میزان ایمنی	۵
غیر مستقیم	۳۰	واکسیناسیون	شروع یا تکمیل دوره ایمنسازی	۶
مسئولیتها و اختیارات : تفویض اختیار جهت ایمنسازی افراد واجد شرایط				
مسئول یا مجری :				
کارشناس مشاوره بیماریهای ایدز و اچ آی وی				

فرم شماره ۳

بسمه تعالی	
کد:	
تاریخ	قوانین و مقررات
دستورالعمل کشوری	فن آوری مورد استفاده
	استفاده از فرمهای گزارش دهی

فرم شماره ۴ نمودار گردش کار

