



Ełk, dnia .....r.

**KOMENDANT  
118 Szpitala Wojskowego  
Przychodnią SPZOZ w Ełku**

**ZGŁOSZENIE EKSPOZYCJI ZAWODOWEJ ORAZ POSTĘPOWANIA  
POEKSPOZYCYJNEGO (PEP)**

Zgłaszasz fakt zaistnienia ekspozycji zawodowej, do której doszło w trakcie wykonywania obowiązków służbowych o godz. ..... dnia .....r.

**CZEŚĆ I – ZGŁOSZENIE EKSPOZYCJI (wypełnia pracownik)**

1. Nazwisko i imię : .....

2. Rodzaj umowy .....

3. Zatrudniony w: .....

4. Informacje o zdarzeniu w/w osoba przekazała:.....

5. Opis zdarzenia i okoliczności ekspozycji (co się stało, podczas jakiej czynności):  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

6. Rodzaj ekspozycji (zaznaczyć właściwy):

- Zakłucie / skaleczenie
- Kontakt błon śluzowych
- Kontakt ze skórą uszkodzona
- Kontakt ze skórą nieuszkodzona
- Aerozol / inhalacja
- Ekspozycja chemiczna
- Ekspozycja fizyczna
- Inna (jaka?) .....

\*Dokument stanowi integralną część procedury postępowania poekspozycyjnego –zarejestrować w Punkcie Podawczym - oryginał: BHP, kopia: Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych

7. Czynnik lub źródło ekspozycji (np. narzędzie, materiał biologiczny)

.....  
8. Rodzaj materiału, z którym doszło do kontaktu (jeśli dotyczy)(zaznaczyć właściwe):

- Krew
- Płyny ustrojowe
- Wydzieliny
- Nie dotyczy
- Inne.....

9. Czy po ekspozycji wykonano natychmiastowe czynności poekspozycyjne (mycie, płukanie, zgłoszenie zdarzenia):

- TAK
- NIE

**CZĘŚĆ II – DECYZJA LEKARZA - wypełnia się wyłącznie w przypadku dodatniego wyniku badań pacjenta będącego źródłem ekspozycji, braku jego zgody na badanie lub źródła nieznanego**

10. Decyzja lekarza:

Osoba eksponowana została objęta procedurą postępowania poekspozycyjnego (PEP)

Nazwa leku (pierwsza dawka PEP)

.....  
Data i godzina podjęcia decyzji / przyjęcia dawki leku:

.....  
Podpis i pieczętka lekarza

11. Świadkowie zdarzenia – imię i nazwisko, numer telefonu (jeśli dotyczy):

a) .....

b) .....

.....  
Zgłaszący zdarzenie

\*Dokument stanowi integralną część procedury postępowania poekspozycyjnego –zarejestrować w Punkcie Podawczym - oryginał: BHP, kopia: Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych