PEMERINTAH KABUPATEN KOTAWARINGIN TIMUR

Jl.HM.Arsyad No.65 Sampit Telp (0531) 21010 Fax (0531) 21782

e-mail: rsdmsampit@yahoo.com

|  |
| --- |
| **FORMULIR LAPORAN PAJANAN** |

Nama Terpajan : …………………… Bagian : .............................. Tanggal laporan : ....................

Tanggal lahir : …………………… Ruang : .............................. Jam : …………...

Jenis Kelamin : .............................. No RM : .............................. Tanggal kejadian:..................

Dokter : …………….....…....Atasan langsung : ……………Tempat Kejadian :……………

Cara pengisian : berilah tanda (√) pada sesuai kejadian

|  |  |
| --- | --- |
| PETUGAS TERPAJAN | Route Pajanan :  Tusukan jarum suntik Gigitan Mulut/mulut ke hidung  Luka pada kulit Mata Lain-lain (sebutkan)  Sumber pajanan : …………………….  Darah Sputum Air liur Feses Lain-lain (sebutkan)  ……………………. Nama Pasien : …………..Ruang rawat : ………………..No rekam medis :………….  Bagian tubuh yang terpajan sebut secara jelas :  Kronologis :  Imunisasi hepatitis B : Sudah Belum  Alat pelindung Dipakai Tidak  Jenis ( sebutkan) …………………..  Pertolongan Pertama Ada Tidak  Tempat pertolongan pertama : |
| Dokter IGD  Konsul dokter spesialis  Ya  Tidak | Therapy :  TTD dr IGD  ( ) |
| Laboratorium | Pemeriksaan Laboratorium :  HBsAG Anti HBsAG lain- lain : (sesuai data kronologis )  Hasil Laborat …………………………    Tanggal : ………………….  TTD yang terpajan : ………………….. |