

استمارة تحقق من التعرض لكوفيد 19

الصفة الوظيفية:

اسم الكادر:

معلومات التواصل:

اسم المريض (مصدر العدوى):

إلى تاريخ

الفترة المعدية: من تاريخ

(تحسب الفترة من 48 ساعة قبل ظهور الأعراض حتى تشخيص الأعراض)

هل هناك أعراض:

- | | | | |
|--------------------------|------------------------|--------------------------|------------|
| <input type="checkbox"/> | فقد حاسة الشم أو الذوق | <input type="checkbox"/> | حرارة |
| <input type="checkbox"/> | غثيان اقياء | <input type="checkbox"/> | سعال |
| <input type="checkbox"/> | أوجاع عضلية | <input type="checkbox"/> | تعب وإرهاق |
| <input type="checkbox"/> | عرواءات | <input type="checkbox"/> | ضيق نفس |
| | | <input type="checkbox"/> | اسهال |
| | | <input type="checkbox"/> | ألم بطن |

(إذا كان هناك أحد هذه الأعراض إيجابي يحال الى الفحص السريري والمختبري)

هل كان هناك تعرض بين الكادر ومصدر العدوى:

(تعريف التعرض هو التواصل لمدة أكثر 15 دقيقة عل بعد أقل من 1م)

نعم المدة:

لا

ما هي معدات الحماية الشخصية لدى الكادر ومصدر العدوى؟

- | | | |
|--------------------------|----------|---|
| <input type="checkbox"/> | كمامة | ♦ |
| <input type="checkbox"/> | نظارة | ♦ |
| <input type="checkbox"/> | كفوف | ♦ |
| <input type="checkbox"/> | درع وجهي | ♦ |

هل هناك تعرض أثناء إجراء تداخلات طبية مثل إنعاش المريض، أكسجين عالي الشدة، تنظير.. تنبيب....؟ ماهي؟

.....

.....

تقييم التعرض:

• منخفض الخطورة

الكادر يرتدي معدات الحماية الشخصية الموصى بها

• عالي الخطورة

أي تعرض ثان هو عالي الخطورة
أي تعرض من خلال أي إجراء طبي بدون كمامة N95 ودرع وجهي أو حماية عين

القرار النهائي

الحالات	الإجراء
إذا كان هناك تعرض وأحد الأعراض إيجابي	الإحالة الى الاختبار والعزل وفق المعايير المعتمدة
تعرض منخفض الخطورة	العودة الى العمل مع استخدام صارم للألبسة الواقية وإجراءات IPC
تعرض عالي الخطورة بدون أعراض	التحويل للعزل الذاتي لمدة 14 يوم

القرار:.....

ختم المشفى

اسم الطبيب المقرر وتوقيعه

التاريخ: / /