

این قسمت شر صورت تئنه خیلی بالینی همایت خاد طی ۴ هفته ناک ماه بعد از تماشی آنوده و در صورت مزمن بودن آنوده بر اساس
سابقه قیلی تکمیل می گردد

۱- آیا پیدا در تماس با مورد مشکوک یا قطعی همایت باشد یا نامشخص بله خیر نامشخص

در صورت بله نوع تماس تماس جنسی تماس غیرجنسی در خانواده سایر نام و نام خانوادگی مورد شناخته شده همایت که بیمار با دیگر تماس بوده است ادرس تماس

بله خیر نامشخص

۲- آیا بیمار تزریق خون یا فراورده خون داشته است؟
در صورت بله نوع فراورده و تبلد واحد دریافتی

۳- آیا تماس تصالیق شنی (پاشیدن خون، فروختن سوزن و ...) داشته است؟ نام و آدرس مرکز مورد نظر بله خیر نامشخص

۴- ازدواج (دامن یا موقت) ۱۸

۱۵- خالکوبی

۱۲- دندانپزشکی

۵- میالیز ۱۹- افامت در زبان پا مرکز بازپروری

۱۶- سوراخ کردن گوش یا بینی

۱۳- تزریق داروی غیرمنتظر

۶- ختنه ۲۰- حمام ۲۱- سایر

۱۷- حمام

۱۴- تزریق مواد مخدر

۷- اندوسکوپی ۲۲-

۱۱- اندوسکوپی

در صورتی که هر یک از موارد ۹-۲۰ مثبت است تاریخ تماس و آدرس محل ذکر شود

در صورتی که فرد بارهاست تاریخ تغیری زایمان نام و محل مرکز انجام مرفقتهای بارداری که به آن مراجعه می کند

نام محل و بیمارستان

آیا بیمار بستری است؟ بله خیر

بیگیری موارد آنوده به HBV شش ماه بعد از تماس آنوده

نتایج آزمایشات مورد نیاز

مالحظات	سونوگرافی کبد	FP	PT	PLT	Alb	ALT	AST	antiHBc	HBs-Ag	تاریخ بررسی	تاریخ تسبیح

در صورتی که هر دوی این بارهاست مثبت باشد یکدیگر مذابحه و از راه تنفس و بینه از مجموع برشک، انحلام می گردد.
در صورتی که هر دوی این بارهاست مثبت باشد یکدیگر مذابحه و از راه تنفس و بینه از مجموع برشک، انحلام می گردد.

نام و سمت اگزرنیکر

تاریخ تکراری:

امتحان: