

# 崇仁醫護管理專科學校尖銳物品扎傷及被感染物接觸追蹤表

課程名稱：基本護理學實習 \_\_\_\_\_護理學實習

2013.09.10 護理科修訂

班 級		學生姓名		家長姓名	
學生學號		學生連絡電話		家長連絡電話	
發生時間	年 月 日 時 分	發生地點	醫院 病房		

發生經過：

處理情形：

病人 Data				學生 Data			
檢查項目	檢查結果	檢查項目	檢查結果	檢查項目	檢查結果	檢查項目	檢查結果
HBsAg		Anti-HCV		HBsAg		Anti-HCV	
Anti-HBs		GOT		Anti-HBs		GOT	
Anti-HBc		GPT		Anti-HBc		GPT	
Anti-HIV		VDRL		Anti-HIV		VDRL	

本次檢查日期( / / ) 下次檢查日期( / / ) 無需追蹤

實習指導教師		實習單位主管	
--------	--	--------	--

檢查項目 「請勾選需 檢查項目」	追 蹤 檢 查 結 果 「請填寫：陽性(+)、陰性(-)、或(未知)」							
	第 週(個月) 追 蹤 日 期		第 個 月 追 蹤 日 期		第 個 月 追 蹤 日 期		第 個 月(年) 追 蹤 日 期	
	年	月	日	年	月	日	年	月
HBsAg	<input type="checkbox"/>	( )	<input type="checkbox"/>	( )	<input type="checkbox"/>	( )	<input type="checkbox"/>	( )
Anti-HBs	<input type="checkbox"/>	( )	<input type="checkbox"/>	( )	<input type="checkbox"/>	( )	<input type="checkbox"/>	( )
Anti-HBc	<input type="checkbox"/>	( )	<input type="checkbox"/>	( )	<input type="checkbox"/>	( )	<input type="checkbox"/>	( )
Anti-HCV	<input type="checkbox"/>	( )	<input type="checkbox"/>	( )	<input type="checkbox"/>	( )	<input type="checkbox"/>	( )
GOT/GPT	<input type="checkbox"/>	( )/( )	<input type="checkbox"/>	( )/( )	<input type="checkbox"/>	( )/( )	<input type="checkbox"/>	( )/( )
Anti-HIV	<input type="checkbox"/>	( )	<input type="checkbox"/>	( )	<input type="checkbox"/>	( )	<input type="checkbox"/>	( )
VDRL	<input type="checkbox"/>	( )	<input type="checkbox"/>	( )	<input type="checkbox"/>	( )	<input type="checkbox"/>	( )
本下次追蹤 檢查日期或 予以結案	<input type="checkbox"/> 下次檢查日期 ( / / ) <input type="checkbox"/> 結案		<input type="checkbox"/> 下次檢查日期 ( / / ) <input type="checkbox"/> 結案		<input type="checkbox"/> 下次檢查日期 ( / / ) <input type="checkbox"/> 結案		<input type="checkbox"/> 下次檢查日期 ( / / ) <input type="checkbox"/> 結案	
檢查地點								
導 師								
護 理 科								