

Interdyscyplinarne Centrum Nowoczesnych Technologii UMK w Toruniu  
ul. Wileńska 4, 87-100 Toruń, tel.: 56 665 60 01 (02), fax: 56 665 60 03, e-mail: icnt@umk.pl

**KARTA PO EKSPOZYCJI ZAWODOWEJ NA KREW  
LUB INNY POTENCJALNIE INFEKCYJNY MATERIAŁ (IPIM)  
nr ..... / .....**

**I. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY EKSPONOWANEJ (wypełnia osoba eksponowana):**

1. Pracownik UMK  Student UMK  Inna osoba
2. Imię i nazwisko osoby eksponowanej: .....
3. Pesel: .....
4. Adres zamieszkania, telefon: .....
5. Miejsce pracy: ....., tel: .....

**II. INFORMACJE O EKSPOZYCJI:**

1. Data ekspozycji: godz.: ....., dzień: ....., miesiąc: ....., rok: .....
2. Miejsce ekspozycji: .....
3. Środki ochrony osobistej stosowane w chwili ekspozycji:
- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Rękawiczki                    | <input type="checkbox"/> Okulary ochronne           | <input type="checkbox"/> Gogle            |
| <input type="checkbox"/> Osłony pleksiglasowe na twarz | <input type="checkbox"/> Maski jednorazowego użycia | <input type="checkbox"/> Fartuch ochronny |
| <input type="checkbox"/> Czepek ochronny               | <input type="checkbox"/> Inne: .....                |   |
- .....
4. Rodzaj materiału infekcyjnego:
- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Krew                                     | <input type="checkbox"/> Płyn mózgowo-rdzeniowy                                 | <input type="checkbox"/> Płyn opłucnowy   |
| <input type="checkbox"/> Płyn owodniowy                           | <input type="checkbox"/> Płyn otrzewnowy  | <input type="checkbox"/> Płyn osierdziowy   |
| <input type="checkbox"/> Wydzielina pochwy                        | <input type="checkbox"/> Nasienie   | <input type="checkbox"/> Maż stawowa  |
| <input type="checkbox"/> Ślina podczas zabiegów<br>dentystycznych | <input type="checkbox"/> Jakikolwiek płyn ustrojowy,<br>widocznie skażony krwią | <input type="checkbox"/> Jakikolwiek płyn ustrojowy, który<br>jest niemożliwy do rozróżnienia |
| <input type="checkbox"/> Tkanka ludzka                            | <input type="checkbox"/> Pożywki zawierające HIV, HBV,<br>HCV                   |   |
5. Eksponowana część ciała: ..... w sposób: .....
- .....

6. Czynność w czasie, której doszło do ekspozycji: .....

.....

7. Opis zdarzenia: .....

.....

.....

8. Świadcowie zdarzenia:

Lp.	Imię i nazwisko	Stanowisko	Czytelny podpis	Data
1	.....	.....	.....	.....
2	.....	.....	.....	.....
3	.....	.....	.....	.....

9. Nazwisko i imię osoby będącej źródłem ekspozycji: .....

10. Data i miejsce urodzenia źródła ekspozycji: .....

11. Inne istotne informacje nt. źródła ekspozycji: .....

.....

### III. DZIAŁANIA PODJĘTE W ZWIĄZKU Z EKSPOZYCJĄ:

1. Zastosowane postępowanie miejscowe po ekspozycji u osoby eksponowanej:

.....

.....

..... godz. ....

2. Zalecone postępowanie poekspozycyjne: .....

.....

### III. INFORMACJE KOŃCOWE:

1. Imię i nazwisko osoby przyjmującej zgłoszenie: .....

2. Data i miejsce sporządzenia karty ekspozycji: .....

.....  
*Podpis osoby eksponowanej*

.....  
*Telefon osoby przyjmującej zgłoszenie*

.....  
*Podpis osoby przyjmującej zgłoszenie*