

این قسمت در صورت تشخیص بالینی هپاتیت حاد طی ۴ هفته تا ۶ ماه بعد از تماس آلوده و در صورت مزمن بودن آلودگی بر اساس سابقه قبلی تکمیل می گردد

۱- آیا بیمار در تماس با مورد مشکوک یا قطعی هپاتیت B یا C ، بوده است ؟ بلی خیر نامشخص
 در صورت بلی، نوع تماس : تماس جنسی تماس غیرجنسی در خانواده سایر تاریخ تماس: نام و نام خانوادگی مورد شناخته شده هپاتیت که بیمار با وی در تماس بوده است آدرس:
 تلفن :

۲- آیا بیمار تزریق خون یا فرآورده خونی داشته است ؟ بلی خیر نامشخص در صورت بلی ، نوع فرآورده و تعداد واحد دریافتی:
 تاریخ دریافت : نام مرکز تزریق خون و فرآورده های خون

۳- آیا تماس تصادفی شغلی (پاشیدن خون ، فرورفتن سوزن و) داشته است ؟ بلی خیر نامشخص تاریخ تماس :
 نام و آدرس مرکز موردنظر

۴- سابقه کدامیک از موارد ذیل را داشته است ؟

دیالیز دندانپزشکی خالکوبی ازدواج (دائم یا موقت)
 جراحی تزریق داروی غیرمخدر سوراخ کردن گوش یا بینی اقامت در زندان یا مرکز بازپروری
 اندوسکوپی تزریق مواد مخدر حجامت ختنه سایر:

در صورتی که هر یک از موارد فوق مثبت است تاریخ تماس و آدرس محل ذکر شود .

۵- در صورتی که فرد باردار است تاریخ تقریبی زایمان: نام و محل مرکز انجام مراقبت های بارداری که به آن مراجعه می کند:

۶- آیا بیمار بستری است ؟ بلی خیر نام مرکز بستری

پیگیری موارد آلوده به HBV شش ماه بعد از تماس آلوده

ملاحظات	نتایج آزمایشات مورد نیاز										تاریخ بررسی	تاریخ تشخیص
	سایر	سونوگرافی کبد	*α FP	PT	PLT	Alb	ALT	AST	antiHBc	HBs-Ag		

در صورتی که HBsAg منفی باشد antiHBc انجام می گردد. در صورتی که هر دوی این تست ها منفی باشد یک سال بعد معاینه و آزمایش مجدد از سوی پزشک انجام می گردد.
 * در موارد آلودگی در مردان بالای ۴۰ سال بالاخص با سابقه خانوادگی HCC انجام آزمایش α FP و سونوگرافی هر شش ماه در سایر موارد به فاصله شش تا دوازده ماه توصیه می شود.

نام و سمت گزارشگر تاریخ گزارش:/...../..... امضاء:

بررسی اطرافیان فرد آلوده

نیاز به پیگیری بعدی	مشاوره	آموزش	تاریخ تزریق واکسن			انجام واکسیناسیون HBV	نتایج آزمایشات موردنیاز				تاریخ بررسی	نام خانوادگی	نام
			چوت سوم	چوت دوم	چوت اول		سایر	HCVAb*	antiHBc	HBs-Ag			

* نوع آزمایش انجام شده (Elisa یا RIBA) مشخص شود .