



## โรงพยาบาลหนองหาน

### FORM

ชื่อเรื่อง	แบบรายงานการสัมผัสถูกเลือด / สารคัดหลั่ง / ของมีคมที่มดตำ โรงพยาบาลหนองหาน อำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี
รหัสเอกสาร	FORM-ICC-004

<p><u>พุดผดุง</u> (นางสาววารุณี ยาคง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ</p>	<p><u>นพ.กรปรียา ชินรัตนลาภ</u> (พญ.กรปรียา ชินรัตนลาภ) นายแพทย์ชำนาญการ</p>	<p><u>นพ.ธงภักดิ์ มีเพียร</u> (นพ.ธงภักดิ์ มีเพียร) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองหาน</p>
ผู้จัดทำ	ผู้ตรวจสอบ	ผู้อนุมัติ

วันที่อนุมัติใช้ ..... ๑๖ ม.ค. ๒๕๖๖

แบบรายงานการสัมผัสถูกเลือด / สารคัดหลั่ง / ของมีคมที่มิดำ  
โรงพยาบาลหนองหาน อำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของบุคลากรที่ได้รับอุบัติเหตุ

1. ชื่อหน่วยงาน.....
  2. ชื่อบุคลากร.....สกุล.....อายุ.....ปี
  3. เพศ ( ) ชาย ( ) หญิง สถานภาพสมรส ( ) โสด ( ) คู่
  4. ประเภทบุคลากร ( ) แพทย์ ( ) พยาบาล ( ) จพ.สธ ( ) อื่นๆ.....  
( ) เบอร์โทรที่สามารถติดต่อได้.....
  5. วันที่เกิดเหตุ วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....  
สถานที่เกิดเหตุ (จุดบริการ).....
  6. เวลาที่เกิดเหตุ ( ) 08.30-16.30 ( ) 16.31- 24.00 ( ) 00.01-08.30
  7. สามารถระบุผู้ป่วยต้นตอได้หรือไม่ ( ) ได้ ( ) ไม่ได้
  8. ชื่อผู้ป่วยต้นตอ.....HN.....ผลเลือด HIV.....
  9. ขณะเกิดอุบัติเหตุได้สวมอุปกรณ์ป้องกันร่างกาย (PPE) หรือไม่  
( ) สวมอุปกรณ์ป้องกัน  
( ) ไม่ได้สวมอุปกรณ์ป้องกัน  
( ) สวมอุปกรณ์ป้องกันแต่ไม่ครบ/ไม่เหมาะสม
- อุปกรณ์ป้องกันร่างกายที่ใช้ (สามารถเลือกตอบได้มากกว่า 1 รายการ
- ( ) ถุงมือ 2 ข้าง ( ) ถุงมือข้างเดียว ( ) mask ( ) แว่นตา ( ) เสื้อคลุม ( ) หน้ากาก  
( ) รองเท้าบูท ( ) อื่นๆ (โปรดระบุ).....
10. ของเหลวจากร่างกายที่สัมผัส (เลือด, น้ำคร่ำ,..... ฯลฯ).....
  11. บริเวณที่ถูกสัมผัส.....
  12. เลือดหรือสารคัดหลั่งนั้น  
( ) สัมผัสถูกผิวโดยไม่ได้ป้องกัน ( ) สัมผัสถูกผิวหนังระหว่างช่องว่างของชุดที่สวม  
( ) เปียกโชกผ่านชุดที่สวมป้องกันหรือผ่านเครื่องป้องกัน ( ) เปียกโชกผ่านชุดที่สวม  
( ) อื่นๆ ระบุ.....

13. การสัมผัสนั้นเป็นผลมาจากอะไร (ให้อธิบายเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น)

.....

.....

.....

14. ปริมาณเลือดหรือของเหลวจากร่างกาย ที่สัมผัสถูกผิวหนังหรือเยื่อเมือก

- ( ) จำนวนเล็กน้อย (มากถึง 5 ซีซี, หรือมากถึงข้อนิ้ว)
- ( ) จำนวนปานกลาง (มากกว่า 5 ซีซี, หรือมากถึงหนึ่งส่วนสี่แก้ว)
- ( ) จำนวนมาก (มากกว่า 50 ซีซี)

15. อุบัติเหตุการสัมผัสเลือด/ของเหลวเกิดขึ้นเมื่อ

- ( ) ขณะกำลังใช้ของมีคม ( ) หลังใช้ของมีคม ก่อนทิ้ง
- ( ) ขณะทิ้งของมีคม ( ) ของมีคมถูกวาง/ทิ้งไว้ในตำแหน่ง/บริเวณที่ไม่เหมาะสม
- ( ) ขณะปลดเข็ม/ถอดอุปกรณ์ ( ) สวมปกคลุมเข็มกลับคืน
- ( ) ก่อนใช้ของมีคม ( ) เข็ม/ของมีคม ทิ่มแทงทะลุจากขยะ
- ( ) อื่นๆ.....

16. ขณะเกิดอุบัติเหตุ เป็นการทำงานที่มีลักษณะต้องปฏิบัติตาม

- ( ) จุกเงินเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วย ( ) ไม่จุกเงินแต่เร่งรีบทำงาน ( ) ไม่จุกเงิน ไม่เร่งรีบ

17. การปฏิบัติตนหลังได้รับอุบัติเหตุ: การปฐมพยาบาลเบื้องต้น

- ( ) ได้ทำ ทำอย่างไร..... ( ) ไม่ได้ทำ
- ( ) ได้รับประทานยา stat dose เมื่อ ..... นาที หรือ ..... ชั่วโมง หลังเกิดเหตุ

ยาที่ได้รับ

- ( ) TDF300 mg/FTC 200 mg + DTG 50 mg วันละ 1 ครั้ง
- ( ) อื่นๆ ได้แก่.....
- ( ) ไม่ได้รับประทานยา stat dose ภายใน 72 ชั่วโมง เนื่องจาก.....

ผู้ประสบเหตุ:.....

(.....)

วันที่...../...../.....

## ส่วนที่ 2 สำหรับแพทย์ผู้รักษา

พบผู้ป่วยวันที่ ...../...../..... เวลา ..... น.

1. การได้รับยาเพื่อป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวีอย่างต่อเนื่อง

( ) ไม่ได้รับยาเนื่องจาก ประเมินแล้วมีความเสี่ยงไม่เพียงพอ

( ) ไม่ต้องการรับประทานยาต่อเนื่อง

( ) ได้รับยา (28 วัน) .....

2. การได้รับยา และ Vaccine เพื่อป้องกัน Hepatitis B

( ) ไม่ได้รับ เนื่องจาก.....

( ) ได้รับ ( ) HBIG วันที่...../...../.....( ) Hepatitis B Vaccine Day 0 วันที่...../...../.....

1 เดือน วันที่...../...../.....

6 เดือน วันที่...../...../.....

3. การตรวจเลือด

( ) ไม่จำเป็นต้องได้รับการตรวจเลือดเนื่องจาก ประเมินแล้วความเสี่ยงไม่เพียงพอ

( ) ยินยอมให้ตรวจเลือด

( ) Anti HIV ( ) Anti HCV ( ) Anti-HBs ( ) HBsAg

( ) CBC, (เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานก่อนได้รับยาต่อเนื่อง)

( ) AST, ALT, BUN, Cr (เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานก่อนได้รับยาต่อเนื่อง)

4. ผลการตรวจเลือดบุคคลากร

( ) Anti HIV ..... ( ) Anti HCV .....

( ) Anti-HBs..... ( ) HBsAg.....

5. ผลการตรวจเลือดผู้ป่วย

( ) Anti HIV ..... ( ) Anti HCV .....

( ) Anti-HBs..... ( ) HBsAg.....

แพทย์ผู้บันทึก/แพทย์ผู้ดูแล .....

(.....)

วันที่ ..... / ..... / .....

## ส่วนที่ 3 สำหรับ ICN

การให้คำปรึกษาแก่บุคลากรภายหลังการเกิดอุบัติเหตุ <input type="checkbox"/> บุคลากรทราบถึงโอกาสเสี่ยงของการติดเชื้อ <input type="checkbox"/> ทราบ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ <input type="checkbox"/> บุคลากรทราบถึงข้อดี ข้อเสียของการตรวจเลือด <input type="checkbox"/> ทราบ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ <input type="checkbox"/> บุคลากรทราบถึงความสำคัญของการรับประทานยาต่อเนื่อง รวมทั้ง S/E ที่อาจเกิดขึ้น <input type="checkbox"/> ทราบ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ <input type="checkbox"/> บุคลากรทราบถึงความสำคัญของการได้รับการติดตามภาวะสุขภาพ : <input type="checkbox"/> ทราบ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	การรับรู้ของบุคลากร <input type="checkbox"/> รับรู้ <input type="checkbox"/> ไม่รับรู้ <input type="checkbox"/> ไม่แน่ใจ
--	---

ผลการตรวจเลือดหลังเกิดอุบัติเหตุทันที (Day 0)

Hemoglobin .....mg% Hematocrit ... mg% Neutrophil .....% Lymphocyte .....% Red cell morphology ..... Monocyte .....%Basophil .....% WBC count ..... Per cu.mm. Eosinophil.....% Band form .....% SGOT ..... SGPT ..... BUN ..... Cr .....	Anti-HIV <input type="checkbox"/> บวก <input type="checkbox"/> ลบ HBsAg <input type="checkbox"/> บวก <input type="checkbox"/> ลบ Anti-HBs <input type="checkbox"/> บวก <input type="checkbox"/> ลบ Anti-HCV <input type="checkbox"/> บวก <input type="checkbox"/> ลบ
---	---

## การนัดตรวจเพื่อติดตามภาวะสุขภาพ

 นัดครั้งที่ 1 (ภายในสัปดาห์แรกหลังเกิดเหตุการณ์) วันที่ ...../...../.....

 นัดครั้งที่ 2\* (เดือนที่ 1 หลังรับประทานยาสม่ำเสมอ) วันที่ ...../...../.....

\* หมายเหตุ เพื่อตรวจหาความสมบูรณ์ของเม็ดเลือดและการทำงานของตับและไต ได้แก่ CBC, AST, ALT, BUN, Cr,

 นัดครั้งที่ 3 (เดือนที่ 3) วันที่ ...../...../.....

 นัดครั้งที่ 4 (เดือนที่ 6) วันที่ ...../...../.....

ผลการรับประทานยา

 ไม่ครบ รับประทานยาได้ ..... วัน/สัปดาห์
เหตุผลที่หยุดยาก่อนครบ 4 สัปดาห์  ทนต่อผลข้างเคียงของยาไม่ได้  อื่น ๆ ระบุ .....
 รับประทานยาครบ 4 สัปดาห์

 ไม่มีผลข้างเคียงของยา

 มีผลข้างเคียงของยา ได้แก่  คลื่นไส้อาเจียน  ผม่ว  เบื่ออาหาร  ปวดศีรษะ  น้ำหนักลด

 ตาเหลือง/ตัวเหลือง  มึนงง/เวียนศีรษะ  ผื่น  อื่น ๆ .....

ผลการตรวจเลือดบุคลากร

<p><b>สัปดาห์ที่ 4</b></p> <p>Hemoglobin ....mg% Hematocrit ... mg% Neutrophil .....%</p> <p>Lymphocyte .....% Red cell morphology .....</p> <p>Monocyte .....%Basophil .....% WBC count ..... Per cu.mm. Eosinophil.....%Band form .....%</p> <p>SGOT ..... SGPT ..... BUN ..... Cr .....</p>	<p><b>สัปดาห์ที่ 4</b></p> <p>Anti-HIV ( ) บวก ( ) ลบ</p> <p><b>เดือนที่ 3</b></p> <p>Anti-HIV ( ) บวก ( ) ลบ</p> <p><b>เดือนที่ 6</b></p> <p>Anti-HIV ( ) บวก ( ) ลบ</p>
--	---

ICN ผู้ให้คำปรึกษา / บันทึก .....

วันที่ ...../...../.....