

แบบรายงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน ของมีคมที่ตำ/บาด หรือสัมผัสเลือด/สารคัดหลั่งของผู้ป่วยขณะปฏิบัติงาน โรงพยาบาลพัทลุง

1. ชื่อ-สกุล (นาย/นาง/น.ส.)..... อายุ.....ปี H.N.
หน่วยงาน..... เบอร์ภายใน..... เบอร์ติดต่อ.....
2. ประเภทของบุคลากร () แพทย์ () พยาบาล () ผู้ช่วยพยาบาล () พนง.ช่วยเหลือคนไข้ () พนง.ทั่วไป
() อื่นๆ ระบุ.....
3. วันที่เกิดอุบัติเหตุ..... เวลา.....น. () เวิร์เช้า () เวิร์บ่าย () เวิร์ดึก วันที่มาแจ้ง.....
สถานที่เกิดเหตุ () เตียงผู้ป่วย () บริเวณเตรียมยา () เก็บ/ล้างเครื่องมือ () อื่นๆ ระบุ.....
4. ลักษณะของอุบัติเหตุที่เกิด
() ของมีคมเป็นเลือดหรือสารคัดหลั่งผู้ป่วย ที่ตำ/บาด ระบุชนิดของมีคม () เข็มเจาะเลือด () เข็มฉีดยา () เข็มเย็บแผล
() IV Catheter () ใบมีด () กรรไกร () เครื่องมือ/อุปกรณ์อื่นๆ ระบุ.....
() ผิวหนังมีบาดแผล สัมผัสเลือดหรือสารคัดหลั่งผู้ป่วย ระบุตำแหน่งบาดแผล.....
() เลือดหรือสารคัดหลั่งผู้ป่วยกระเด็นเข้า () ตาข้าง..... () ปาก () จมูก () ระบุสารคัดหลั่ง.....
() อื่นๆ ระบุ.....
5. บรรยายลักษณะงานที่ปฏิบัติและอุบัติเหตุที่เกิดขึ้น.....
.....
6. ขณะเกิดอุบัติเหตุ เป็นการทำงานที่มีลักษณะต้องปฏิบัติแบบ
() ถูกเงินเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วย () ไม่ถูกเงินแต่เร่งรีบทำงาน () ไม่ถูกเงินไม่เร่งรีบ () อื่นๆ ระบุ.....
7. อุบัติเหตุการสัมผัสเลือด/สารคัดหลั่งเกิดขึ้นเมื่อ () ขณะกำลังใช้ของมีคม () หลังใช้ของมีคมก่อนทิ้ง () ขณะทิ้งของมีคม
() ของมีคมถูกวาง/ทิ้งไว้ในตำแหน่งไม่เหมาะสม () ขณะปลด/ถอดอุปกรณ์ () สวมปกอกเข็มกลับ () ก่อนใช้ของมีคม
() เข็ม/ของมีคมแทงทะลุจากถุงขยะ/ที่เก็บ () อื่นๆ ระบุ.....
8. การปฐมพยาบาลเบื้องต้น.....
.....
9. สามารถระบุตัวผู้ป่วยได้หรือไม่ () ได้ () ไม่ได้ เพราะ.....
10. ผลการตรวจเลือดและประวัติของผู้ป่วย/ ผู้รับบริการ (ชื่อ-สกุล..... HN.)
10.1 Anti- HIV () Positive () Negative () ไม่ทราบ () ไม่ได้ตรวจ
10.2 HBs Ag () Positive () Negative () ไม่ทราบ () ไม่ได้ตรวจ
10.3 Anti- HCV () Positive () Negative () ไม่ทราบ () ไม่ได้ตรวจ
10.4 ประวัติพฤติกรรมเสี่ยง () มี..... () ไม่มี () ไม่ทราบ () ไม่ได้ถาม
11. บุคลากรฯ ทราบถึงข้อดี ข้อเสีย ของการตรวจเลือด () ใช่ () ไม่ใช่
บุคลากรฯ ยินยอมที่จะให้ตรวจเลือด () ใช่ () ไม่ใช่
บุคลากรฯ ยินดีรักษาขั้นต้นเพื่อป้องกันการติดเชื้อ HIV () ใช่ () ไม่ใช่
12. สรุปการตรวจ ไม่ต้องรับยาต้านไวรัส ต้องรับยาต้านไวรัส

ลงชื่อ.....(บุคลากร)

(.....)

วันที่...../...../.....

ลงชื่อ.....(แพทย์ผู้ดูแล)

(.....)

วันที่...../...../.....

13. บุคลากรได้รับการรักษาเพื่อป้องกันการติดเชื้อ คือ

TLD (TDF 300mg+3TC 300mg+DTG 50mg หรือ ACRIPTEGA 1tab x OD)

กรณีมีปัญหาไต : ผู้ที่มี Cr clearance < 60 ml/min แพทย์อาจพิจารณาให้ AZT แทน TDF

ข้อพิจารณาให้ยา : ควรให้เร็วที่สุดภายใน 1-2 ชม. และอย่างช้าไม่เกิน 72 ชม. รับประทานยาต่อเนื่องตรงเวลาจนครบ 28 วัน

.....
.....

14. ผลการตรวจเลือดของบุคลากร กรณีได้รับยาต้านเอชไอวี เมื่อเริ่มได้ยา (day 0)

- | | | | | |
|-----------------------|--------------|---------------|------------------------|----------------|
| 14.1 Anti- HIV | () Positive | () Negative | () ไม่ทราบ | () ไม่ได้ตรวจ |
| 14.2 HBs Ag | () Positive | () Negative | () ไม่ทราบ | () ไม่ได้ตรวจ |
| 14.3 Anti- HBs | () Positive | () Negative | () ไม่ทราบ | () ไม่ได้ตรวจ |
| 14.4 Anti-HCV | () Positive | () Negative | () ไม่ทราบ | () ไม่ได้ตรวจ |
| 14.5 แบบผล Lab | () CBC | () SGPT..... | () Creatinine.....mg% | |

15. เมื่อรับประทานยาครบ 28 วัน (day 28) บุคลากรตรวจ Anti-HIV ก่อนหยุดยา

- | | | | | |
|---------------|--------------|--------------|-------------|----------------|
| 15.1 Anti-HIV | () Positive | () Negative | () ไม่ทราบ | () ไม่ได้ตรวจ |
|---------------|--------------|--------------|-------------|----------------|

16. ผลการตรวจบุคลากร ในเดือนที่ 3 หลังเกิดอุบัติเหตุ

- | | | | | |
|---------------|--------------|--------------|-------------|----------------|
| 16.1 Anti-HIV | () Positive | () Negative | () ไม่ทราบ | () ไม่ได้ตรวจ |
| 16.2 HBs Ag | () Positive | () Negative | () ไม่ทราบ | () ไม่ได้ตรวจ |
| 16.3 Anti-HCV | () Positive | () Negative | () ไม่ทราบ | () ไม่ได้ตรวจ |

17. ผลการตรวจบุคลากร ในเดือนที่ 6 หลังเกิดอุบัติเหตุ ในกรณีที่ source มี HBV และ/หรือ HCV infection

- | | | | | |
|---------------|--------------|--------------|-------------|----------------|
| 17.1 HBs Ag | () Positive | () Negative | () ไม่ทราบ | () ไม่ได้ตรวจ |
| 17.1 Anti-HCV | () Positive | () Negative | () ไม่ทราบ | () ไม่ได้ตรวจ |

18. กรณีหยุดยาก่อนครบ 4 สัปดาห์ หรือ 28 วัน

เพราะ.....
.....
.....

ผู้สรุปข้อมูล (ICN).....

(.....)

วันที่...../...../.....