**แบบบันทึกและรายงานสำหรับบุคลากร**

กรณีเกิดอุบัติเหตุถูกเข็มของมีคมทิ่มตำ/บาดหรือสัมผัสเลือด/ของเหลวของผู้ป่วยขณะปฏิบัติหน้าที่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของบุคลากรที่ได้รับอุบัติเหตุ

ชื่อ........................................................................................................รหัสโรงพยาบาล □□□□□□

□ ข้าราชการ □ ลูกจ้างประจำ □ ลูกจ้างชั่วคราว หน่วยงานที่ปฏิบัติงานประจำ........................

1. รหัส B □□□□ (สำหรับเจ้าหน้าที่)

2. วันที่สัมผัส □□/□□/□□ (วัน/เดือน/ปี)

3. เวลาที่เกิดการสัมผัส □ 08.30 – 16.30 น. □ 16.30 – 24.00 น.□ 00.01 – 08.30 น.

4.ชื่อผู้ป่วยต้นตอ.............................................. HN…………………………………………..……….

ผลเลือด Anti-HIV………………….…., HBsAg………………….…., Anti-HCV…………….......

5. ประเภทบุคลากร () แพทย์ (…. Staff …… Resident …… Intern …… Extern)

() ทันตแพทย์ () พยาบาล () จนท.วิทยาศาสตร์ () ผู้ช่วยเหลือคนไข้

() อื่น ๆ ระบุ..........................................เบอร์โทรที่สามารถติดต่อได้ .................................................

6. การบาดเจ็บเกิดขึ้นที่ (สถานที่เกิดเหตุ)...........................................................................................

7. สามารถระบุผู้ป่วยต้นตอได้หรือไม่ □ 1. ได้ □ 2. ไม่ได้

8. ขณะเกิดอุบัติเหตุได้สวมอุปกรณ์ป้องกันร่างกาย PPE หรือไม่

() สวมอุปกรณ์ป้องกัน

() ไม่ได้สวมอุปกรณ์ป้องกัน

() สวมอุปกรณ์ป้องกันแต่ไม่ครบ/ไม่เหมาะสม

อุปกรณ์ป้องกันร่างกายที่ใช้ (สามารถเลือกตอบได้มากกว่า 1 รายการ

() ถุงมือ 2 ข้าง () ถุงมือข้างเดียว () mask () แว่นตา () เสื้อคลุม

() หน้ากาก () รองเท้าบูท () อื่น ๆ (โปรดระบุ) ....................................................

กรณีสัมผัสถูกเลือดหรือสารคัดหลั่ง ตอบข้อ 9 – 17, 27 – 29

กรณีได้รับบาดเจ็บจากของมีคมทิ่มตำ ตอบข้อ 15 – 29

9. ของเหลวจากร่างกายที่สัมผัส (เลือด, น้ำคร่ำ, ............. ฯลฯ)...............................................................

10. บริเวณที่ถูกสัมผัส.................................................................................................................................

11. เลือดหรือสารคัดหลั่งนั้น

□ 1. สัมผัสถูกผิวหนังที่ไม่มีการป้องกัน

□ 2. สัมผัสถูกผิวหนังระหว่างช่องว่างของชุดที่สวม

□ 3. เปียกโชกผ่านชุดที่สวมป้องกันหรือผ่านเครื่องป้องกัน

□ 4. เปียกโชกผ่านชุดที่สวม □ 5. อื่น ๆ ระบุ..................................................

12. การสัมผัสนั้นเป็นผลมาจากอะไร (ให้อธิบายเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น)...................................................... ..................................................................................................................................................................

13. ระยะเวลาที่เลือดหรือของเหลวจากร่างกายสัมผัสถูกผิวหนังหรือเยื่อเมือก(ระบุเวลา).......................

14. ปริมาณของเลือดหรือของเหลวจากร่างกาย ที่สัมผัสถูกผิวหนังหรือเยื่อเมือก

() จำนวนเล็กน้อย (มากถึง 5 ซีซี, หรือมากถึงช้อนชา)

() จำนวนปานกลาง (มากถึง 5 ซีซี, หรือมากถึงหนึ่งส่วนสี่แก้ว)

() จำนวนมาก (มากกว่า 50 ซีซี)

15. อุบัติเหตุการสัมผัสเลือด/ของเหลวเกิดขึ้นเมื่อ

() ขณะกำลังใช้ของมีคม

() หลังใช้ของมีคม ก่อนทิ้ง

() ขณะทิ้งของมีคม

() ของมีคมถูกวาง/ทิ้งไว้ในตำแหน่ง/บริเวณที่ไม่เหมาะสม

() ขณะปลดเข็ม/ถอดอุปกรณ์

() สวมปลอกเข็มกลับคืน

() ก่อนใช้ของมีคม

() เข็ม/ของมีคม ทิ่มแทงทะลุจากขยะ

() อื่น ๆ ระบุ.................................................................................................................................

การสัมผัสเลือด/ของเหลวเกิดขึ้นที่ไหน

() ห้องผู้ป่วย/ward ( ) OR ( ) ER

() LR & Delivery room ( ) คลินิก ระบุ.......... ( ) OPD

() ห้องที่ทำTreatment ( ) อื่น ๆ โปรดระบุ....................................................................

16. ขณะเกิดอุบัติเหตุ เป็นการทำงานที่มีลักษณะต้องปฏิบัติแบบ

() ฉุกเฉินเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วย () ไม่ฉุกเฉินแต่เร่งรีบทำงาน () ไม่ฉุกเฉิน ไม่เร่งรีบ

17. ท่านคิดว่าท่านทราบวิธีการใช้งานของอุปกรณ์อย่างถูกต้องหรือไม่............................................................

..........................................................................................................................................................................

18. ชนิดของเข็ม/ของมีคม

() เข็มเจาะเลือด () เข็มฉีดยา

() เข็มเย็บแผล () ใบมีด

() IV catheter () อื่น ๆ ระบุ.......................................................................................................

19. ผู้ที่ได้รับบาดเจ็บเป็นผู้ที่ใช้วัสดุมีคมนั้นเองหรือไม่

() 1. ใช่ () 2. ไม่ใช่

19.1 ของมีคมนั้นมีการปนเปื้อนสารคัดหลั่งหรือไม่

() 1. ใช่ ( ) 2. ไม่ใช่

20. ใช้ของมีคมนั้นในการทำหัตถการใด (ฉีดยา, เจาะเลือด ฯลฯ) ................................................................... 21. การบาดเจ็บเกิดขึ้นขณะปฏิบัติอะไร (ก่อนใช่อุปกรณ์, หลังใช้อุปกรณ์, สวมปลอกเข็ม ฯลฯ) .........................................................................................................................................................................

22. อุปกรณ์ชนิดใดที่ทำให้เกิดการบาดเจ็บ (ระบุชนิดของอุปกรณ์)...............................................................

23. หากวัสดุที่ก่อให้เกิดการบาดเจ็บนั้นเป็นเข็ม หรืออุปกรณ์การแพทย์ที่มีความคม อุปกรณ์เหล่านั้นได้รับ การออกแบบให้ใช้อย่างปลอดภัย (Safety Design) หรือไม่

() 1. ใช่ () 2. ไม่ใช่

24. การบาดเจ็บนั้น

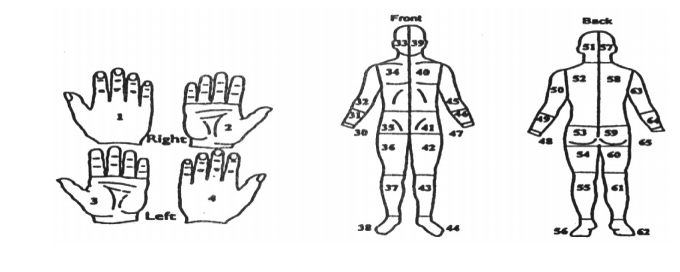
() 1. เล็กน้อย ( ) 2. ปานกลาง ( ) 3. รุนแรง

25. หากเกิดการบาดเจ็บที่มือ ของมีคมนั้นทะลุผ่าน

() 1. ถุงมือ 1 ชั้น ( ) 2. ถุงมือ 2 ชั้น ( ) 3. ไม่ได้สวมถุงมือ

26. บุคลากรนั้นถนัดมือ () 1. ขวา ( ) 2. ซ้าย

27.ทำเครื่องหมายตำแหน่งและบริเวณที่สัมผัส/ได้รับบาดเจ็บ



28. อธิบายเหตุการณ์ที่นำไปสู่การสัมผัสถูกเลือดหรือสารคัดหลั่ง/บาดเจ็บ ..........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

29. การปฏิบัติตนหลังได้รับอุบัติเหตุ: การปฐมพยาบาลเบื้องต้น () ได้ทำ () ไม่ได้ทำ

() ได้รับประทานยา stat dose เมื่อ ............. นาที หรือ ............... ชั่วโมง หลังเกิดเหตุ

ยาที่ได้รับ () TDF 300 mg + 3TC 300 mg + RPV 25 mg x OD

() TDF 300 mg + 3TC 300 mg + ATV/rts3 00/100 mg x OD

() อื่น ๆ ได้แก่ ..................................................................................................................

() ไม่ได้รับประทานยา stat dose ภายใน72 ชั่วโมง เนื่องจาก ...............................................................

.............................................................................................................................................................

.............................................................................................................................................................

ผู้ประสบเหตุ...........................................

(.............................................................)

พยาน......................................................

(..............................................................)

วันที่............../................../.....................

**ส่วนที่ 2 สำหรับแพทย์ผู้ตรวจรักษา**

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

การได้รับยาเพื่อป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวีอย่างต่อเนื่อง

() ไม่ได้รับยาเนื่องจาก ประเมินแล้วมีความเสี่ยงไม่เพียงพอ () ไม่ต้องการรับประทานยาต่อเนื่อง

() ได้รับยา (28 วัน) ………………………………………………………………….

การได้รับยา และ Vaccine เพื่อป้องกัน Hepatitis B

() ไม่ได้รับ เนื่องจาก ......................................................................

() ได้รับ

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

1 เดือนวันที่ ....... /......../ ......

6 เดือนวันที่ ....... /......../........

การตรวจเลือด ( ) ไม่จำเป็นต้องได้รับการตรวจเลือดเนื่องจาก ประเมินแล้วความเสี่ยงไม่เพียงพอ

() ไม่ยินยอมที่จะตรวจเลือด

() ยินยอมให้ตรวจเลือด

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

() CBC, UPT, VDRL (เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานก่อนได้รับยาต่อเนื่อง)

() ALT, Cr (เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานก่อนได้รับยาต่อเนื่อง)

แพทย์ผู้บันทึก/แพทย์ผู้ดูแล .............................................

(............................................)

วันที่ .. .... / ............ / ..........

**ส่วนที่ 3 สำหรับ ICN**

|  |  |
| --- | --- |
| การให้คำปรึกษาแก่บุคลากรภายหลังการเกิดอุบัติเหตุ  () บุคลากรทราบถึงโอกาสเสี่ยงของการติดเชื้อ () ทราบ () ไม่ทราบ  () บุคลากรทราบถึงข้อดี ข้อเสียของการตรวจเลือด () ทราบ () ไม่ทราบ  () บุคลากรทราบถึงความสำคัญของการรับประทานยาต่อเนื่อง รวมทั้ง S/E ที อาจเกิดขึ้น  () ทราบ ) ไม่ทราบ  () บุคลากรทราบถึงความสำคัญของการได้รับการติดตามภาวะสุขภาพ:  () ทราบ () ไม่ทราบ | การรับรู้ของบุคลากร  () รับรู้  () ไม่รับรู้  () ไม่แน่ใจ |

**ผลการตรวจเลือดหลังเกิดอุบัติเหตุทันที (Day 0)**

|  |  |
| --- | --- |
| Hemoglobin ….mg% Hematocrit … %  Neutrophil …. % Lymphocyte …%  Red cell morphology ………... Monocyte ……% Basophil ……%  WBC count ……. Per cu.mm. Eosinophil…% Band form …...%  ALT....... Cr .......  UPT …………………  VDRL………………... | Anti-HIV () บวก  () ลบ  HBsAg () บวก  () ลบ  Anti HBs(>10mlU/ml)  ส่ง พปก. ผล........................  Anti-HCV () บวก  () ลบ |

**การนัดตรวจเพื่อติดตามภาวะสุขภาพ**

() ครั้งที่ 1: 1 - 5 วัน หลังรับประทานยา เพื่อรับยาต่อให้ครบ 28 วัน ติดตามผลข้างเคียงของยา และอาการที่สงสัย เกี่ยวกับเอชไอวี วันที่ ......./......../.........

() ครั้งที่ 2: หลังสัมผัส 1 เดือน เพื่อตรวจเลือดและติดตามอาการที่สงสัยการติดเชื้อเอชไอวีระยะเฉียบพลัน

วันที่ ......./........./.........

() ครั้งที่ 3: หลังสัมผัส 3 เดือน เพื่อตรวจเลือด แล้วหยุดติดตามได้ ยกเว้นกรณีแหล่งสัมผัสมีการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี หรือไวรัสตับอักเสบซีต้องติดตามต่อที่ 6 เดือน วันที่ ......../......../..........

() ครั้งที่ 4: หลังสัมผัส 6 เดือน กรณีแหล่งสัมผัสหรือ ผู้สัมผัสมี Anti HCV posให้ตรวจ Anti-HIV ซ้ำ กรณีแหล่งสัมผัส มี Anti HCV posให้ตรวจ Anti HCV ซ้ำ กรณีแหล่งสัมผัส มี HBsAg posให้ตรวจ HBsAg ซ้ำ แล้วหยุดติดตามได้ วันที่ ........./......./..........

หมายเหตุ กรณีไม่ทราบแหล่งสัมผัส ให้ติดตามหลังสัมผัส 6 เดือน โดยตรวจ Anti-HIV, HBsAgและ Anti HCV แล้วหยุดติดตามได้

ผลการรับประทานยา ( ) ไม่ครบ รับประทานยาได้ ..... วัน/สัปดาห์

เหตุผลที่หยุดยาก่อนครบ 4 สัปดาห์ ( ) ทนต่อผลข้างเคียงของยาไม่ได้ ( ) อื่น ๆ ระบุ ....................

() รับประทานยาครบ 4 สัปดาห์

() ไม่มีผลข้างเคียงของยา

() มีผลข้างเคียงของยา ได้แก่ เบื่ออาหาร ผมร่วง คลื่นไส้อาเจียน

ตาเหลือง/ตัวเหลือง น้ำหนักลด ปวดศีรษะ

ผื่น มึนงง/เวียนศีรษะ อื่น ๆ ..............................

**ผลการตรวจเลือดบุคลากร**

|  |  |
| --- | --- |
| **หลังสัมผัส 1 เดือน**  Hemoglobin ….mg% Hematocrit … %  Neutrophil …. % Lymphocyte …%  Red cell morphology ………... Monocyte ……% Basophil ……%  WBC count ……. Per cu.mm. Eosinophil…% Band form …...%  ALT....... Cr .......  UPT …………………  VDRL………………... | Anti-HIV () บวก  () ลบ  HBsAg () บวก  () ลบ  Anti-HCV () บวก  () ลบ |
| **หลังสัมผัส 3 เดือน**  Hemoglobin ….mg% Hematocrit … %  Neutrophil …. % Lymphocyte …%  Red cell morphology ………... Monocyte ……% Basophil ……%  WBC count ……. Per cu.mm. Eosinophil…% Band form …...%  ALT....... Cr .......  UPT …………………  VDRL………………... | Anti-HIV () บวก  () ลบ  HBsAg () บวก  () ลบ  Anti-HCV () บวก  () ลบ |
| **หลังสัมผัส 6 เดือน**  Hemoglobin ….mg% Hematocrit … %  Neutrophil …. % Lymphocyte …%  Red cell morphology ………... Monocyte ……% Basophil ……%  WBC count ……. Per cu.mm. Eosinophil…% Band form …...%  ALT....... Cr .......  UPT …………………  VDRL………………... | Anti-HIV () บวก  () ลบ  HBsAg () บวก  () ลบ  Anti-HCV () บวก  () ลบ |
| **หลังสัมผัส 12 เดือน**  Hemoglobin ….mg% Hematocrit … %  Neutrophil …. % Lymphocyte …%  Red cell morphology ………... Monocyte ……% Basophil ……%  WBC count ……. Per cu.mm. Eosinophil…% Band form …...%  ALT....... Cr .......  UPT …………………  VDRL………………... | Anti-HIV () บวก  () ลบ  HBsAg () บวก  () ลบ  Anti HBs(>10mlU/ml)  ส่ง พปก. ผล........................  Anti-HCV () บวก  () ลบ |

ICN ผู้ให้คำปรึกษา / บันทึก ....................................

วันที่ ........../................/..........