รหัส PEP - ..... - .....

วันที่รับรายงาน ..... /..... / .....

แบบรายงานบุคลากรได้รับอุบัติเหตุสัมผัสเลือด/สารคัดหลั่ง หรือของมีคมขณะปฏิบัติงาน

ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดา ฯ สยามบรมราชกุมารี

ชื่อ-สกุล บุคลากร ..... เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง อายุ ..... ปี HN. ..... เบอร์โทรศัพท์.....

ตำแหน่ง ☐ อาจารย์แพทย์ ☐ แพทย์ ☐ แพทย์ใช้ทุน ☐ พยาบาล ☐ ผู้ช่วยพยาบาล/NA ☐ นสพ. ปี ..... (ระบุชั้นปี)

☐ นักกายภาพ ☐ นักรังสีเทคนิค ☐ นักเทคนิคการแพทย์ ☐ พนักงานวิชาชีพ ☐ แม่บ้าน ☐ อื่นๆ .....

ทีมนำทางคลินิก ☐ Med ☐ Surg ☐ Ob/Gyn ☐ Ped ☐ Ortho ☐ ENT ☐ Eye ☐ Anes ☐ OR ☐ อื่นๆ .....

สถานที่เกิดเหตุ ..... วันที่เกิดเหตุ ..... /..... ผู้กระทำ ☐ ตนเอง ☐ ผู้ป่วย ☐ ผู้ร่วมงาน ☐ อื่นๆ .....

ในกรณีเหตุเกิดนอกโรงพยาบาล โปรดระบุรายละเอียดให้ชัดเจน .....

ชื่อ - สกุล ผู้ป่วย/ผู้ที่เกี่ยวข้อง (Source) ..... เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง อายุ ..... ปี HN. .....

สิทธิการรักษา ..... สถานะการเข้ารับการรักษา ☐ ผู้ป่วยนอก แผนก..... ☐ ผู้ป่วยใน แผนก.....

ลักษณะของอุบัติเหตุ ☐ เข็มฉีดยา / เข็มเจาะเลือดทิ่มตำบริเวณ ..... ☐ เข็มเย็บแผลทิ่มตำบริเวณ .....

☐ มีด/ของมีคมที่ใช้กับผู้ป่วยบาดบริเวณ ..... ☐ เลือด/สารคัดหลั่งผู้ป่วยกระเด็นโดนบริเวณ ..... ☐ อื่นๆ .....

บรรยายการเกิดอุบัติเหตุโดยละเอียด

.....

.....

.....

การปฐมพยาบาลเบื้องต้น :

- กรณีถูกเข็ม/ของมีคมทิ่มตำ ล้างด้วยน้ำสะอาด/สบู่ เช็ดด้วย 70% alcohol ทาด้วย Betadine solution ☐ ทำ ☐ ไม่ทำ
- กรณีเลือด/สารคัดหลั่งผู้ป่วยกระเด็น
  - **<u>เข้าตา</u>** ล้างด้วยน้ำสะอาดหลาย ๆ ครั้ง (อาจใช้น้ำยาล้างตาหรือ NSS irrigate ล้างอีกครั้ง) ☐ ทำ ☐ ไม่ทำ
  - **<u>ถูกผิวหนัง</u>** ล้างด้วยน้ำสะอาด/สบู่ เช็ดด้วย 70% alcohol ทาด้วย Betadine solution ☐ ทำ ☐ ไม่ทำ
  - **<u>เข้าปาก</u>** บ้วนน้ำลายออก ล้างปาก กลั้วคอด้วยน้ำสะอาดหลายๆ ครั้ง ☐ ทำ ☐ ไม่ทำ

เทคนิคและการใช้อุปกรณ์ป้องกันร่างกายขณะปฏิบัติงาน :

- ถุงมือ	☐ ใส่ ☐ ไม่ใส่	- Mask	☐ ใส่ ☐ ไม่ใส่
- แว่นตา/Face Shield	☐ ใส่ ☐ ไม่ใส่	- Gown/ผ้ากันเปื้อน	☐ ใส่ ☐ ไม่ใส่
- One hand technique	☐ ทำ ☐ ไม่ทำ	- ไม่ส่งเข็ม/ของมีคม ด้วยมือต่อมือ	☐ ทำ ☐ ไม่ทำ

ประวัติการเจาะเลือดของบุคลากร ภายใน 1 เดือน

- Anti-HBs ☐ ไม่ได้ตรวจ ☐ ตรวจ...โดยมีผลดังนี้ ☐ Neg. ☐ Pos. ☐ ไม่ทราบผล
- Anti-HIV ☐ ไม่ได้ตรวจ ☐ ตรวจ...โดยมีผลดังนี้ ☐ Neg. ☐ Pos. ☐ ไม่ทราบผล
- การได้รับวัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบี ☐ เคย ☐ ไม่เคย

ประวัติการเจาะเลือดของผู้ป่วย/ผู้ที่เกี่ยวข้อง (Source) ภายใน 1 เดือน

- Anti-HBs ☐ ไม่ได้ตรวจ ☐ ตรวจ...โดยมีผลดังนี้ ☐ Neg. ☐ Pos. ☐ ไม่ทราบผล
- Anti-HIV ☐ ไม่ได้ตรวจ ☐ ตรวจ...โดยมีผลดังนี้ ☐ Neg. ☐ Pos. ☐ ไม่ทราบผล
- Anti-HCV ☐ ไม่ได้ตรวจ ☐ ตรวจ...โดยมีผลดังนี้ ☐ Neg. ☐ Pos. ☐ ไม่ทราบผล

ข้าพเจ้าทราบข้อดี ข้อเสียของการตรวจเลือด ยินยอมที่จะให้ตรวจเลือด ยินดีรักษาเบื้องต้นเพื่อป้องกันการติดเชื้อ HIV และ Hepatitis B หลังจากนี้ข้าพเจ้าจะใช้ทุกยางเมื่อมีเพศสัมพันธ์ และหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ที่อาจทำให้ติดเชื้อได้

ลงชื่อผู้ได้รับอุบัติเหตุ ..... วันที่ ..... /..... /.....

ลงชื่อหัวหน้าหน่วยงาน/หัวหน้าเวร/แพทย์เวร ..... วันที่ ..... /..... /.....

ลงชื่อพยาบาลควบคุมการติดเชื้อ..... ระดับความเสี่ยง ..... วันที่ ..... /..... /.....

ICC-000-4-014-00

Rev.10/11/2563

การดูแลและติดตามสุขภาพบุคลากรหลังได้รับรายงานอุบัติเหตุ

ความรุนแรงของอุบัติเหตุ :

☐ รุนแรงมาก (High Risk) ☐ รุนแรงปานกลาง (Intermediated Risk)

☐ รุนแรงน้อย (Low Risk) ☐ ไม่มีอันตราย (Very low Risk)

ผลการตรวจเลือดผู้ป่วย/ผู้เกี่ยวข้อง (Source) : วันที่ ..... /..... /.....

- Anti-HIV ☐ Neg. ☐ Pos. - HBsAg ☐ Neg. ☐ Pos.
- Anti-HCV ☐ Neg. ☐ Pos.

บุคลากรได้รับการดูแล/รักษา : วันที่ ..... /..... /.....

☐ ให้คำปรึกษา ☐ เจาะเลือดผู้ป่วย/ผู้เกี่ยวข้อง ☐ ส่งต่อแพทย์ควบคุมโรคติดเชื้อ

☐ เจาะเลือดบุคลากร ☐ รับประทานยาต้านไวรัส ☐ รับบัตรนัด

☐ ฉีด HBIg ☐ อื่นๆ (ระบุ) .....

ผลการตรวจเลือดบุคลากร (วันที่เกิดอุบัติเหตุ / วันที่เริ่มรับยาต้าน HIV / day 0) วันที่ ..... /..... /.....

- HBsAg ☐ Neg. ☐ Pos. ☐ ไม่ได้ตรวจ - Anti-HVI ☐ Neg. ☐ Pos. ☐ ไม่ได้ตรวจ
- Anti-Hcv ☐ Neg. ☐ Pos. ☐ ไม่ได้ตรวจ - SGPT ผล .....
- CBC ผล .....

ผลการตรวจเลือดบุคลากร (หลังรับยา day 14) วันที่ ..... /..... /.....

- SGPT ผล .....
- Cr. ผล .....
- CBC ผล .....

ผลการตรวจเลือดบุคลากร (หลังรับยา day 28) วันที่ ..... /..... /.....

- SGPT ผล .....
- Cr. ผล .....
- CBC ผล .....

ผลการตรวจเลือดบุคลากร (เดือนที่ 3 หลังเกิดอุบัติเหตุ) วันที่ ..... /..... /.....

- Anti-Hcv ☐ Neg. ☐ Pos. ☐ ไม่ได้ตรวจ

ผลการตรวจเลือดบุคลากร (เดือนที่ 6 หลังเกิดอุบัติเหตุ) วันที่ ..... /..... /.....

- Anti-Hcv ☐ Neg. ☐ Pos. ☐ ไม่ได้ตรวจ

ผลการตรวจเลือดบุคลากร (เดือนที่ 12 หลังเกิดอุบัติเหตุ) วันที่ ..... /..... /.....

- Anti-Hcv ☐ Neg. ☐ Pos. ☐ ไม่ได้ตรวจ

ลงชื่อผู้บันทึก ..... พยาบาลควบคุมการติดเชื้อ วันที่ ..... /..... /.....

ความเห็นของแพทย์ควบคุมโรคติดเชื้อ

.....

.....

ลงชื่อ ..... แพทย์ควบคุมการติดเชื้อ วันที่ ..... /..... /.....