

## แบบบันทึก/รายงานสำหรับบุคลากรโรงพยาบาลเจริญศิลป์

กรณีเกิดอุบัติเหตุถูกเข็มของมีคมทิ่มตำ/บาด หรือสัมผัสเลือด/ของเหลวของผู้ป่วยขณะปฏิบัติหน้าที่  
ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของบุคลากรที่ได้รับอุบัติเหตุ

ID.....HN.....ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี เพศ.....หอผู้ป่วย.....  
วันที่เกิดเหตุการณ์...../...../..... เวลา.....น. ประวัติพฤติกรรมเสี่ยง ( ) มี ( ) ไม่มี ( ) ไม่ทราบ  
ประเภทบุคลากร ( ) แพทย์ (.....Staff.....Resident.....Intern.....Extern) ( ) ทันตแพทย์  
( ) พยาบาล (.....RN.....TN) ( ) จนท.วิทยาศาสตร์ ( ) ผู้ช่วยเหลือคนไข้ ( ) อื่น ๆ ระบุ.....  
เบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้.....

ภาวะการติดเชื้อเอชไอวีของผู้ป่วย ( ) HIV Positive ( ) HIV Negative ( ) ไม่ทราบแต่มีภาวะเสี่ยง ( ) ไม่ทราบ  
การดำเนินโรคของผู้ป่วย ( ) ระยะ Asymtomatic ( ) ระยะ Symtomatic ( ) AIDS ( ) CD4 Count (ถ้ามี).....  
ผู้ป่วยชื่อ.....HN.....AN.....หอผู้ป่วย.....

บรรยายรายละเอียดเหตุการณ์รวมทั้งระยะเวลาและ ปริมาณของเลือดและของเหลวที่สัมผัส	อุบัติเหตุการสัมผัสเลือด/ของเหลวเกิดขึ้นเมื่อ
	<input type="checkbox"/> ขณะกำลังใช้ของมีคม <input type="checkbox"/> หลังใช้ของมีคมก่อนทิ้ง <input type="checkbox"/> ขณะทิ้งของมีคม <input type="checkbox"/> ของมีคมถูกวาง/ทิ้งไว้ในตำแหน่ง/บริเวณที่ไม่ เหมาะสม <input type="checkbox"/> ขณะปลดเข็ม/ถอดอุปกรณ์ <input type="checkbox"/> สวมปลอกเข็มกลับคืน <input type="checkbox"/> ก่อนใช้ของมีคม <input type="checkbox"/> เข็ม/ของมีคม ที่มแทงทะลุจากขยะ <input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ.....

ชนิดของเข็ม/ของมีคม

 Hollow/bore needle IV catheter อื่น ๆ ระบุ.....

การสัมผัสเลือด/ของเหลวเกิดขึ้นที่ไหน

 ห้องผู้ป่วย/ward ( ) OR ( ) ER ( ) LR & Delivery room ICU ( ) ห้องที่ทำ Treatment ( ) OPD ( ) อื่น ๆ ระบุ.....

ขณะเกิดอุบัติเหตุได้สวมอุปกรณ์ป้องกันร่างกายหรือไม่ ( ) สวมอุปกรณ์ป้องกัน ( ) ไม่ได้สวมอุปกรณ์ป้องกัน  
 ( ) สวมอุปกรณ์ป้องกันแต่ไม่ครบ/ไม่เหมาะสม  
 อุปกรณ์ป้องกันร่างกายที่ใช้(สามารถเลือกตอบได้มากกว่า 1 รายการ): ( ) ถุงมือ 2 ข้าง ( ) ถุงมือข้างเดียว ( ) mask  
 ( ) แว่นตา ( ) เสื้อคลุม ( ) หน้ากาก ( ) รองเท้าบูท

การปฏิบัติตนหลังได้รับอุบัติเหตุ : การปฐมพยาบาลเบื้องต้น ( ) ได้ทำ ( ) ไม่ได้ทำ  
 ( ) ได้รับประทานยา stat dose เมื่อ.....นาทึ หรือ.....ชม. หลังเกิดเหตุ  
 ยาที่ได้รับ ( ) AZT 300 mg + 3TC 150 mg  
 ( ) อื่น ๆ ได้แก่.....  
 ( ) ไม่ได้รับประทานยา stat dose ภายใน 72 ชั่วโมง เนื่องจาก.....

ส่วนที่ 2 สำหรับแพทย์ผู้ตรวจรักษา

พบผู้ป่วยวันที่...../...../..... เวลา .....น. สถานที่/ห้องตรวจ.....  
 ลักษณะของการสัมผัสเลือด/ของเหลว

ถูกของมีคมทิ่ม/ตำ/บาด (Percutaneous injury)@ ( ) Less severe ( ) More severe หมายเหตุ@=Percutaneous Injury มีโอกาสติดเชื้อ 0.3%	เลือด/ของเหลวกระเด็นเข้าปาก/ตา/เยื่อหู (Mucous membrane exposure)@ ( ) Small volume ( ) Large volume หมายเหตุ@= Mucous membrane exposure มีโอกาสติดเชื้อ 0.9%	สัมผัสเลือด/ของเหลวเนื่องจากมีบาดแผล/รอยแตก (Non-intact skin exposure)@ ( ) Small volume ( ) Large volume หมายเหตุ@= Non-intact skin exposure มีโอกาสติดเชื้อ < 0.9%
---	---	--

การได้รับยาเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีอย่างต่อเนื่อง  
 ( ) ไม่ได้รับยาเนื่องจากประเมินแล้วมีความเสี่ยงไม่เพียงพอ  
 ( ) ไม่ต้องการรับประทานยาต่อเนื่อง  
 ( ) ได้รับยา (28 วัน).....

การได้รับยา และวัคซีนเพื่อป้องกันไวรัสตับอักเสบบี  
 ( ) ไม่ได้รับ เนื่องจาก.....  
 ( ) ได้รับ  
 ( ) HBIG วันที่...../...../..... ( ) Hepatitis B Vaccine Day 0 วันที่...../...../.....  
 1 เดือน วันที่...../...../.....  
 6 เดือน วันที่...../...../.....

- การตรวจเลือด ( ) ไม่จำเป็นต้องได้รับการตรวจเลือดเนื่องจากประเมินแล้วความเสี่ยงไม่เพียงพอ  
 ( ) ไม่ยินยอมที่จะตรวจเลือด  
 ( ) ยินยอมให้ตรวจเลือด
- ( ) Anti HIV ( ) HbsAg ( ) Anti-HBs  
 ( ) CBC,UA (เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานก่อนได้รับยาต่อเนื่อง)  
 ( ) SGOT,SGPT,BUN,Cr(เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานก่อนได้รับยาต่อเนื่อง)

แพทย์ผู้บันทึก/แพทย์ผู้ดูแล.....

( )

วันที่...../...../.....

ส่วนที่ 3 สำหรับ ICN

<p>การให้คำปรึกษาแก่บุคลากรภายหลังเกิดอุบัติเหตุ</p> <p>( ) บุคลากรทราบถึงโอกาสเสี่ยงของการติดเชื้อ : ( ) ทราบ ( ) ไม่ทราบ</p> <p>( ) บุคลากรทราบถึงข้อดี ข้อเสียของการตรวจเลือด : ( ) ทราบ ( ) ไม่ทราบ</p> <p>( ) บุคลากรทราบถึงความสำคัญของการรับประทานยาต่อเนื่อง รวมทั้ง S/E ที่อาจเกิดขึ้น ( ) ทราบ ( ) ไม่ทราบ</p> <p>( ) บุคลากรทราบถึงความสำคัญของการได้รับการติดตามภาวะสุขภาพ :        ( ) ทราบ ( ) ไม่ทราบ</p>	<p>การรับรู้ของบุคลากร</p> <p>( ) รับรู้</p> <p>( ) ไม่รับรู้</p> <p>( ) ไม่แน่ใจ</p> <p>.....ลายเซ็นต้นบุคลากร</p>
--	---

ผลการตรวจเลือดหลังเกิดอุบัติเหตุทันที ( Day 0)

<p>Hemoglobin.....mg% Hematocrit.....mg% Neutrophil.....% Lymphocyte.....%</p> <p>Red cell morphology..... Monocyte.....% Basophil.....%</p> <p>WBC count.....per cu.mm. Eosinophil.....% Band form.....%</p> <p>SGOT.....SGPT.....BUN.....Cr.....UA.....</p>	<p>Anti-HIV ( ) บวก ( ) ลบ</p> <p>HBsAg ( ) บวก ( ) ลบ</p> <p>Anti-HBs ( ) บวก ( ) ลบ</p>
---	---

การนัดตรวจเพื่อติดตามภาวะสุขภาพ

( ) นัดครั้งที่ 1\* (สัปดาห์ที่ 2 หลังรับประทานยาต่อเนื่อง) วันที่...../...../.....

( ) นัดครั้งที่ 2\* (สัปดาห์ที่ 4 หลังรับประทานยาต่อเนื่อง) วันที่...../...../.....

\*หมายเหตุเพื่อตรวจหาความสมบูรณ์ของเม็ดเลือดและการทำงานของตับและไต ได้แก่ CBC,SGOT,SGPT,BUN,Cr,UA

( ) นัดครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 6) วันที่...../...../.....

( ) นัดครั้งที่ 4 (เดือนที่ 3) วันที่...../...../.....

( ) นัดครั้งที่ 5 (เดือนที่ 6) วันที่...../...../.....

ผลการรับประทานยา

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

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

( ) รับประทานยาครบ 4 สัปดาห์

( ) ไม่มีผลข้างเคียงของยา

( ) มีผลข้างเคียง ได้แก่ ( ) คลื่นไส้ อาเจียน ( ) ผม่ว ( ) เบื่ออาหาร ( ) ปวดศีรษะ ( ) เหนื่อยอ่อนเพลีย

( ) น้ำหนักลด ( ) ตาเหลือง/ตัวเหลือง ( ) มีนังงเวียนศีรษะ ( ) ผื่น ( ) อื่น ๆ....

ผลการตรวจเลือดบุคลากร

สัปดาห์ที่ 2 WBC count.....per cu.mm. Neutrophil.....% Lymphocyte.....%	สัปดาห์ที่ 6
Red cell morphology..... Monocyte.....% Basophil.....%	Anti-HIV ( ) บวก ( ) ลบ
WBC count.....per cu.mm. Eosinophil.....% Band form.....%	เดือนที่ 3
SGOT.....SGPT.....BUN.....Cr.....UA.....	Anti-HIV ( ) บวก ( ) ลบ
สัปดาห์ที่ 4 WBC count.....per cu.mm. Neutrophil.....% Lymphocyte.....%	เดือนที่ 6
Red cell morphology..... Monocyte.....% Basophil.....%	Anti-HIV ( ) บวก ( ) ลบ
WBC count.....per cu.mm. Eosinophil.....% Band form.....%	
SGOT.....SGPT.....BUN.....Cr.....UA.....	

ICN ผู้ให้คำปรึกษา/บันทึก.....

วันที่...../...../.....