

Code.....

รายงานอุบัติเหตุจากของมีคมและสิ่งคัดหลังขณะปฏิบัติงาน

ชื่อ.....อายุ.....HN.....หน่วยงาน.....

ประเภทของบุคลากร ประสบการณ์การทำงานปี เบอร์โทรศัพท์.....

- แพทย์ พยาบาล นักศึกษาแพทย์ปี..... แพทย์ประจำบ้าน
 ผู้ช่วยพยาบาล นักศึกษาพยาบาลปี..... เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ คนงาน
 นักเรียนผู้ช่วยพยาบาล อื่น ๆ โปรดระบุ

วันที่เกิดอุบัติเหตุ.....เวลา.....น. วันที่มาแจ้ง

สถานที่เกิดอุบัติเหตุ.....

ประเภทของอุบัติเหตุที่เกิดจาก

- เข็มเป็อนเลือดทิ่มแทงที่ (เช่น มือ แขน).....
 มีดเป็อนเลือดบาดที่ (เช่น มือ แขน)
 ของมีคมอื่น ๆ โปรดระบุ.....ที่เป็อนเลือดผู้ป่วยบาด,หรือตำที่.....
 เลือดผู้ป่วยกระเด็นเข้า () ตา () ปาก () จมูก
 สิ่งคัดหลังผู้ป่วยกระเด็นเข้า () ตา () ปาก () จมูก
 อื่น ๆ

บรรยายการเกิดอุบัติเหตุโดยละเอียด.....

.....

ชื่อผู้ป่วยที่อาจเป็นแหล่งของเชื้อ.....HN.....Ward.....

การวินิจฉัยโรค.....

การปฐมพยาบาลเบื้องต้น.....

.....

พยาน/ผู้รับรู้เหตุการณ์

.....หน่วยงาน.....

.....หน่วยงาน.....

การเกิดอุบัติเหตุทางการแพทย์ครั้งนี้ข้าพเจ้าจะได้รับการตรวจเลือด anti HIV จำนวน 3 ครั้ง คือ ในวันแรกที่รายงาน 6 สัปดาห์และ 3 เดือน ภายหลังจากการเกิดอุบัติเหตุ นอกจากนี้ข้าพเจ้าจะงดการมีเพศสัมพันธ์หรือสวมถุงยางอนามัยหากมีเพศสัมพันธ์ และไม่บริจาคโลหิตหรืออวัยวะภายใน 3 เดือนหลังเกิดอุบัติเหตุ ข้าพเจ้า ยินยอม ไม่ยินยอม ที่จะรับการตรวจหา anti HIV

ลงนาม.....ผู้ที่ประสบอุบัติเหตุ

(.....)

ลงนาม.....ผู้บังคับบัญชา

(.....)

(สำหรับพยาบาลควบคุมการติดเชื้อ)

วันที่รับแจ้ง IC.....เวลา.....

ผล Anti-HBs ของบุคลากร วันที่..... Anti-HBs ผล.....mIU/ml

ผล Lab ของผู้ป่วย

วันที่.....Anti-HIV ผล.....

วันที่..... Anti-HCV ผล.....

วันที่..... HBsAg ผล.....

| วันที่นัด | ครั้งแรก | 6 สัปดาห์ | 3 เดือน | 6 เดือน | หมายเหตุ |
|--------------|----------|-----------|---------|---------|----------|
| | | | | | |
| วันเจาะเลือด | | | | | |
| ชนิด lab/ผล | | | | | |
| Anti-HIV | | | | | |
| HBsAg | | | | | |
| Anti-HBs | | | | | |
| Anti-HBc | | | | | |
| Anti-HCV | | | | | |
| ALT | | | | | |

Antiviral

ไม่ได้รับ

ได้รับ ระบุ

.....

.....

.....

หมายเหตุ.....

.....

Hepatitis B Vaccine

ไม่ได้รับ

ได้รับ เข็มที่ 1 วันที่.....

เข็มที่ 2 วันที่.....

เข็มที่ 3 วันที่.....

HBIG

ไม่ได้รับ

ได้รับ (ขนาด).....

หมายเหตุ.....

.....

.....

สรุป

ได้รับคำแนะนำการปฏิบัติตัว

อื่นๆ.....

.....

.....

ลงชื่อ.....บุคลากร

ลงชื่อ.....ICN

MEDICAL REPORT FORM OF OCCUPATIONAL HIV EXPOSURE

(สำหรับแพทย์)

NAME OF PERSONNEL.....

NATURE OF INJURY OR EXPOSURE

1. Parenteral Mucous-membrane-exposure
2. Describe wound of affected part
3. Assess the severity of exposure
- Mucosal - area exposed.....
- period of exposure.....
- Perenteral - size of needle.....depth.....
- visible blood on device Yes No
- freshness of contaminated blood Yes No

SEROLOGY OF INDEX PATIENT

1. HIV positive date..... negative date..... not known
- asymptomatic AIDS
- symptomatic Antiretroviral agents use.....
2. HBsAg positive date..... negative date..... not known

HOST STATUS

1. Any underlying disease Yes No
- If yes specify.....
2. HBV vaccine Yes No
3. HBV status - Hbs Ag. positive negative not Known
- HBS Ab. positive negative not Known

COUNSELLING

- Risk to HIV infection discussed Yes No
- Plan for blood testing at intervals Yes No
- Safe sex practice, no blood donation Yes No
- Efficacy and Toxicity discussed Yes No
- Antiretroviral agents (ARV) recommended Yes No
- Personnel's decision for ARV Yes No
- Medication prescribed.....
-

ลงชื่อ..... แพทย์ผู้ตรวจ

(.....)

Date.....