

Code.....

รายงานอุบัติเหตุจากของมีคมและสิ่งคัดหลั่งขณะปฏิบัติงาน

ชื่อ.....อายุ.....HN.....รหัสบุคลากร*.....หน่วยงานต้นสังกัด.....

ประเภทของบุคลากร ประสบการณ์การทำงานปี เบอร์โทรศัพท์.....

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

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

สถานที่เกิดอุบัติเหตุ*.....

ประเภทของอุบัติเหตุที่เกิดจาก

- เข็มเป็อนเลือดที่มแทงที่ (เช่น มือ แขน)..... () ซ้าย () ขวา
 เข็มเจาะเลือด เข็มฉีดยา เข็มเย็บแผล อื่นๆ.....
 มีดเป็อนเลือดบาดที่ (เช่น มือ แขน) () ซ้าย () ขวา
 ของมีคม*อื่น ๆ โปรดระบุ.....ที่เป็อนเลือดผู้ป่วยบาด,หรือดำที่.....() ซ้าย () ขวา
 ขณะเกิดอุบัติเหตุจากเข็ม มีด ของมีคม ทำนสวมถุงมือหรือไม่ () สวมถุงมือ () ไม่สวมถุงมือ
 ขณะทำหัตถการทำนนำกล่องทิ้งของมีคมไปด้วย () ใช่ () ไม่ใช่
 เลือดผู้ป่วยกระเด็นเข้า () ตา () ปาก () จมูก
 สิ่งคัดหลั่งผู้ป่วยกระเด็นเข้า () ตา () ปาก () จมูก
 อื่น ๆ

บรรยายการเกิดอุบัติเหตุโดยละเอียด.....

.....

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

การวินิจฉัยโรค.....

การปฐมพยาบาลเบื้องต้น.....

.....

พยาน/ผู้รับรู้เหตุการณ์

.....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.....