

การบาดเจ็บจากของมีคมและสัมผัสเลือด สารคัดหลั่งของผู้ป่วย
ขณะปฏิบัติงานในโรงพยาบาลปากพันธ์

ชื่อบุคลากร..... ตำแหน่ง..... HN.
สถานที่ปฏิบัติงาน วันที่เกิดการบาดเจ็บ เวลา..... น.
ชื่อผู้ป่วยที่เกี่ยวข้อง..... HN.....
วันที่บันทึก เวลา น. บันทึกโดย

๑. ชนิดของการเกิดอุบัติเหตุ

- บาดเจ็บจากของมีคม บริเวณที่ได้รับบาดเจ็บ (ระบุ).....
 เข็ม / ของมีคมอื่นๆ ที่ใช้แล้วกับผู้ป่วยที่มีผลการตรวจเลือด HIV / HBV เป็นบวก
 เข็ม / ของมีคมอื่นๆ ที่ใช้แล้วกับผู้ป่วยที่มีผลการตรวจเลือด HIV / HBV เป็นลบ
 เข็ม / ของมีคมอื่นๆ ที่ใช้แล้วกับผู้ป่วยที่ไม่เคยตรวจเลือดมาก่อน/ไม่ทราบผลการตรวจเลือด
 เข็ม / ของมีคมอื่นๆ ที่สะอาด หรือที่ใช้แล้วกับสิ่งต่างๆ ที่ไม่เกี่ยวกับผู้ป่วย
 สารคัดหลั่งของผู้ป่วยกระเด็นเข้าอวัยวะหรือเยื่อ
 อื่นๆ

๒. ชนิดของสารคัดหลั่ง

- เลือด น้ำเชื้ออสุจิ น้ำจากช่องคลอด น้ำลาย / เสมหะ
 อื่นๆ ระบุ.....

๓. อวัยวะที่เปื้อน

- ตา จมูก ปาก บาดแผลสด
 อื่นๆ ระบุ.....

๔. กิจกรรมที่ทำให้เกิดอุบัติเหตุ

- สวมปลอกเข็มกลับคืน ทำผ้าตัด ล้างทำ ความสะอาดเข็ม หรือของมีคมที่ใช้แล้ว
 ทำหัตถการ (ระบุ)..... เจาะเลือดเพื่อส่งตรวจ / ให้น้ำเกลือ (ขณะแทงเส้น)
 ถูกเข็มที่ทิ้งไว้ตามที่ต่างๆ ต่ำ
 อื่นๆ (ระบุ).....

๕. การปฏิบัติตนหลังเกิดอุบัติเหตุ

- บีบเลือดออกเล็กน้อย ไม่บีบเค้นรุนแรงแล้วล้างทำความสะอาดด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ / สบู่
 ล้างด้วยน้ำสะอาด
 ไม่ได้ทำ อะไรเลย

ขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลายมือชื่อบุคลากร

()

ลายมือชื่อผู้รับรอง

()

หัวหน้าหน่วยงาน

คำแนะนำที่ให้แก่บุคลากรที่ได้รับบาดเจ็บจากของมีคม
และสัมผัสสารคัดหลั่งของผู้ป่วยขณะปฏิบัติงาน (ลับ)

F-ICC-.....

๑. กรณีที่ผู้ป่วยมีผลเลือด HIV หรือ HBV หรือ HCV เป็นบวก ให้บุคลากรส่งเลือดตรวจ

- ๑.๑ HBV - ในวันแรก คือ วันที่/...../..... ผล Hbs Ag..... Hbs Ab. Hbc Ab.....
- ๖ เดือน คือ วันที่/...../..... ผล Hbs Ag.
๑.๒ HCV - ในวันแรก คือ วันที่/...../..... ผล
- ๖ เดือน คือ วันที่/...../..... ผล
๑.๓ HIV - ในวันแรก คือ วันที่...../...../..... ผล
- ๖ สัปดาห์ คือ วันที่...../...../..... ผล
- ๑๒ สัปดาห์ คือ วันที่...../...../..... ผล
- ๒๔ สัปดาห์ คือ วันที่/...../..... ผล

หมายเหตุ : หากผลเลือด Hbs Ag. หรือ HIV หรือ HCV เป็นบวก ให้ ICN รายงานแพทย์ IC. ทันที

๒. ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่เคยตรวจเลือดมาก่อนหรือเคยตรวจ HIV / HBV เฉพาะอย่างใดอย่างหนึ่ง
ให้ส่งผู้ป่วย pre-counseling เพื่อ ตรวจหาเลือด HIV / HBV

๒.๑ ผู้ป่วยอนุญาตให้ตรวจเลือดได้

๒.๑.๑ ผล HIV / HBV เป็นลบ บุคลากรไม่จำเป็นต้องตรวจเลือดตนเอง เว้นแต่ต้องการตรวจเอง

บุคลากรเลือกที่จะไม่ตรวจ

บุคลากรเลือกตรวจ ผล HIV..... และ HBV

๒.๑.๒ ผล HIV / HBV เป็นบวก : แนะนำ บุคลากรให้ปฏิบัติตามข้อ ๑.๑ และ ๑.๒

๒.๑.๓ ผล HBV เป็นบวก : แนะนำ ให้บุคลากรให้ปฏิบัติตามข้อ ๑.๑

๒.๑.๔ ผล HIV เป็นบวก : แนะนำ บุคลากรให้ปฏิบัติตามข้อ ๑.๒

๒.๒ ผู้ป่วยไม่อนุญาตให้ตรวจเลือด ให้ถือเสมือนหนึ่งว่าผู้ป่วยมีผล HIV / HBV เป็นบวก และแนะนำให้
บุคลากรปฏิบัติตามข้อ ๑.

ICN ได้แนะนำ ตามข้อปฏิบัติข้างต้นและบุคลากร

ปฏิบัติตาม

ไม่ปฏิบัติตาม

ลงชื่อ.....(บุคลากร)

()

ลงชื่อ (ICN)

()

ลงชื่อ (แพทย์ผู้ดูแล)

()

๓. การติดตามการรักษา

การรักษาด้วยยา PEP (ระบุ)

การรับประทานยา PEP ครบ ไม่ครบ

การรักษาด้วยยาอื่นๆ (ระบุ).....

สรุปผลการรักษา ปกติ ผิดปกติ (ติดเชื้อ:ระบุ).....

ความเห็นของผู้อำนวยการโรงพยาบาล

ลงชื่อ..... (ผู้อำนวยการโรงพยาบาล)

(นพ.ไพศาล แก้วนพรัตน์)