

แบบรายงานสำหรับบุคลากรหลังถูกเข็มทิ่มตำ ของมีคมบาด หรือสัมผัสสารคัดหลั่ง

ขณะปฏิบัติหน้าที่รพ.เสริมงาม(ปรับปรุง ปี 2567)

ข้อมูลทั่วไปของบุคลากร

ชื่อ-สกุลเพศ...ช / หญิง... อายุ.....ปี HN.....
IDปฏิบัติงานประจำหอผู้ป่วย.....
สถานที่เกิดเหตุ.....
วันที่เกิดเหตุ.....เวลา.....เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่ได้
ประวัติพฤติกรรมเสี่ยงของบุคลากร () มี () ไม่มี () ไม่ทราบ
ประเภทบุคลากร
() แพทย์ () ทันตแพทย์ () พยาบาล () จนท. ห้องตรวจชั้นสูต
() ผู้ช่วยเภสัชกร () ผู้ช่วยทันตกรรม () อื่น ๆ ระบุ.....
ให้เจาะเลือดบุคลากร ดังนี้
() anti-HIV..... () HBs Ag..... () anti-HBs
() anti-HCV.....*****
(กรณีที่ผู้ป่วยมีประวัติเป็นไวรัสตับอักเสบบี หรือ anti-HCV : positive /ไม่ทราบแหล่งสัมผัส)

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

ชื่อ-สกุลเพศ.....อายุ.....ปี HN.....
ID.....สิทธิการรักษา.....
ที่อยู่.....เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่ได้
ประวัติพฤติกรรมเสี่ยงของผู้ป่วย () มี () ไม่มี () ไม่ทราบ
ให้เจาะเลือดผู้ป่วย ดังนี้
() anti-HIV..... () HBs Ag..... () anti-HCV.....
มีโรคประจำตัว ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี () มี () ไม่มี
กรณีผู้ป่วยติดเชื้อ HIV : มีการดำเนินโรค ดังนี้
() ระยะ asymptomatic () ระยะ symptomatic () มีประวัติ drug resistance
() viral load.....copies/ml ครั้งล่าสุด เจาะเมื่อวันที่() CD4.....copies/ml เจาะวันที่.....
() ไม่ทราบ/ไม่มีประวัติหรือข้อมูลของผู้ป่วย () ประวัติยา ARV ที่ได้รับในปัจจุบัน.....
ผู้ให้ pre-counselling ก่อนเจาะเลือด

ส่วนที่ 2 (บุคลากร)

<p>ให้บุคลากรผู้ได้รับอุบัติเหตุบรรยายรายละเอียดเหตุการณ์รวมทั้งระบุเวลา และปริมาณของเลือดและของเหลวที่สัมผัส โดยละเอียด</p>	<p>อุบัติเหตุการสัมผัสเลือด/ของเหลวเกิดขึ้นเมื่อ</p>
<p>1.สถานที่เกิดเหตุ.....</p> <p>2.สามารถระบุผู้ป่วยต้นตอได้หรือไม่ <input type="checkbox"/> 1.ได้ <input type="checkbox"/> 2.ไม่ได้</p> <p>3.สารคัดหลั่งที่สัมผัส(เลือด, น้ำคร่ำ).....</p> <p>4.บริเวณที่ถูกสัมผัส.....</p> <p>5.การสัมผัสนั้นเป็นผลมาจาก(อธิบายเหตุการณ์)..... </p> <p>6.ระยะเวลาที่เลือดหรือของเหลวสัมผัสถูกผิวหนังหรือเยื่อเมือก (ระบุเวลา).....</p> <p>7.ชนิดของเข็ม/ของมีคม.....</p> <p>8.บุคลากรเป็นผู้ใช้วัสดุมีคมเองหรือไม่ <input type="checkbox"/> 1.ใช่ <input type="checkbox"/> 2.ไม่ใช่</p> <p>9.ของมีคมนั้นมีการปนเปื้อนสารคัดหลั่งหรือไม่ <input type="checkbox"/> 1.ใช่ <input type="checkbox"/> 2.ไม่ใช่</p> <p>10.การบาดเจ็บ มีเลือดออก <input type="checkbox"/> 1.ใช่ ประมาณ.....cc <input type="checkbox"/> 2.ไม่ใช่</p>	<p>() ขณะกำลังใช้ของมีคม</p> <p>() หลังใช้ของมีคม ก่อนทิ้ง</p> <p>() ขณะทิ้งของมีคม</p> <p>() ของมีคมถูกวางทิ้งไว้ในตำแหน่งหรือบริเวณที่ไม่เหมาะสม</p> <p>() ขณะปลดเข็ม/ถอดอุปกรณ์</p> <p>() สวมปลอกเข็มกลับคืน</p> <p>() ก่อนใช้ของมีคม</p> <p>() เข็ม/ของมีคม ทิ่มแทงทะลุจากขยะ</p> <p>() อื่นๆ ระบุ.....</p>

ขณะเกิดอุบัติเหตุได้สวมอุปกรณ์ป้องกันร่างกายหรือไม่

สวมอุปกรณ์ป้องกันอะไร () ถุงมือ 2 ข้าง () ถุงมือข้างเดียว () mask () แว่นตา () หน้ากาก () เสื้อคลุม () รองเท้าบูท

() ไม่ได้สวมอุปกรณ์ป้องกัน

การปฏิบัติตนหลังได้รับอุบัติเหตุ

- () ล้างด้วยน้ำสะอาดหรือน้ำสบู่หรือ 4%Chlohexidine ไม่บีบเค้นบริเวณแผลเพราะทำให้เกิดบาดแผลมากขึ้น
เช็ดด้วย 70% alcohol หรือ betadine solution
- () ล้างตาด้วยน้ำสะอาด หรือ 0.9% NSS มากๆ
- () บ้วนปากและกลั้วคอด้วยน้ำสะอาด หรือ 0.9% NSS มากๆ
- () ไม่ได้ทำอะไรเลย

ส่วนที่ 3 (แพทย์)

วันที่...../...../.....เวลา.....น.

ลักษณะของการสัมผัสเลือด/ของเหลว

ถูกเข็มตำหรือมีบาด หมายเหตุ 1= Percutaneous Injury มีโอกาสติดเชื้อ 0.3%ต่อ ครั้ง	เลือด/ของเหลวกระเด็นเข้าปาก/ตา/เยื่อ หมายเหตุ 2 = mucous membrane exposure มีโอกาสติดเชื้อ 0.09 %ต่อครั้ง	สัมผัสเลือด/ของเหลวเนื่องจากผิวหนัง ไม่ปกติ มีแผล หมายเหตุ 3= non-intact skin exposure มีโอกาสติดเชื้อ <0.09 %ต่อครั้ง
---	--	--

การได้รับยาเพื่อป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวีอย่างต่อเนื่อง

- () ไม่ได้ให้ยาเนื่องจากประเมินแล้วมีความเสี่ยงไม่พอ
- () ไม่ต้องการรับประทานยาต่อเนื่อง
- () ได้รับยา (28 วัน)
- () ได้ให้ยา stat dose เมื่อ วันที่.....เวลา.....

โดยพิจารณาให้สูตร

* ตรวจ CBC, BUN ,Cr , SGPT ก่อนให้ยาทุกสูตร

() สูตรแนะนำ

- TAF25 mg / FTC 200 mg /DTG50 mg (สูตรเม็ดรวม Kocitaf) 1 tab OD

หมายเหตุ กรณีมีปัญหาเรื่องไต eGFR < 30

() AZT (100 mg) ครั้งละ 3 เม็ด ทุก 12 ชั่วโมง

() 3TC (150 mg) ครั้งละ 1 เม็ด วันละครั้ง

() DTG 50 mg 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง

() กรณีที่ผู้ป่วยมีประวัติได้รับยาต้านไวรัสและมีผลตรวจ drug resistance test ให้ consult med.

ก่อนให้ยาทุกครั้ง

สูตรและขนาดยา

.....

เหตุผล

.....

() กรณีได้รับยาต้านไวรัสล่าช้า หลังสัมผัสเกิน 72 ชั่วโมง เนื่องจาก

.....

.....

ประวัติการได้รับวัคซีนไวรัสตับอักเสบบี

1. กรณีผู้ป่วยที่บุคลากรไปสัมผัสมีผล HBs Ag : positive หรือไม่สามารถตรวจได้

1.1. ไม่เคยได้รับวัคซีนหรือได้รับไม่ครบ/ หรือได้รับวัคซีนแต่ตรวจพบว่ายังไม่มีภูมิคุ้มกัน ให้ปฏิบัติดังนี้

() HBIG 0.6ml/kg =..... ฉีด IM

(ควรให้ยาภายใน 24 ชั่วโมงหลังสัมผัส แต่ถ้าไม่ได้ สามารถให้ยาภายใน 7 วันหลังสัมผัส) และ

() hepatitis B vaccine 1 course

เข็มที่ 1 (day 0) วันที่.....

เข็มที่ 2 (1 เดือน) วันที่.....

เข็มที่ 3 (6 เดือน) วันที่.....

หมายเหตุ : HBIG 0.6ml/ kg

การติดตามบุคลากรหลังสัมผัส hepatitis B (HBV post-exposure) เฉพาะที่เข้ากับ ข้อ 1.1

ให้เจาะ HBs Ag , anti- HBs ที่ 1-2 เดือน หลังได้รับวัคซีนเข็มสุดท้าย

นัดเจาะเลือด วันที่

ผลเลือด HBs Ag anti-HBs

1.2. เคยได้รับวัคซีนครบ และ/หรือ ตรวจพบว่ามีภูมิคุ้มกันแล้ว (มีผล anti- HBs : positive) ให้ปฏิบัติดังนี้

() hepatitis B vaccine กระตุ้น 1 dose

เข็มกระตุ้น (day 0) วันที่.....

2. กรณีผู้ป่วยที่บุคลากรไปสัมผัสมีผล HBs Ag : negative และบุคลากรไม่เคยได้รับวัคซีน ให้ปฏิบัติดังนี้

() hepatitis B vaccine 1 course

เข็มที่ 1 (day 0) วันที่.....

เข็มที่ 2 (1 เดือน) วันที่.....

เข็มที่ 3 (6 เดือน) วันที่.....

3. กรณีบุคลากรมีผลตรวจ HBs Ag : positive : ไม่ต้องให้ HBIG หรือ วัคซีน

นัดตรวจเพื่อติดตามภาวะสุขภาพหลังรับยาต้านไวรัส

() นัดครั้งที่ 1 * สัปดาห์ที่ 2 หลังรับประทานยาต้านไวรัส

วันที่...../...../.....

() นัดครั้งที่ 2* สัปดาห์ที่ 4 หลังรับประทานยาต้านไวรัส

วันที่...../...../.....

ผลการรับประทานยาต้านไวรัส () ครบ 4 สัปดาห์

() ไม่มีผลข้างเคียงของยา

() มีผลข้างเคียงของยา ได้แก่ คลื่นไส้อาเจียน ผม่ว เบื่ออาหาร ปวดศีรษะ

น้ำหนักลด ตาเหลือง/ตัวเหลือง มึนงง/มึนศีรษะ ผื่น

อื่นๆ.....

() ไม่ครบ รับประทานยาได้วัน / สัปดาห์

เหตุผลที่รับประทานยาไม่ครบ

() ทนต่อผลข้างเคียงของยาไม่ได้ () อื่นๆ ระบุ

.....
.....

***หมายเหตุ** เพื่อตรวจหาความสมบูรณ์ของเม็ดเลือดและการทำงานของตับและไต ได้แก่ CBC, SGOT ,SGPT ,BUN , Cr ,UA

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

() นัดครั้งที่ 4 (เดือนที่ 6) วันที่...../...../.....

การติดตามตรวจเลือดบุคลากร กรณีแหล่งสัมผัสมีผล Anti-HIV เป็นลบ

เดือนที่ 6 วันที่..... Anti-HIV () positive () negative

กรณีไม่ทราบแหล่งสัมผัสว่าติดเชื้อ HIV หรือไม่ และกรณีแหล่งสัมผัสติดเชื้อ HIV

สัปดาห์ที่ 4 วันที่..... Anti-HIV () positive () negative

เดือนที่ 3 วันที่..... Anti-HIV () positive () negative

เดือนที่ 6 วันที่..... Anti-HIV () positive () negative

เดือนที่ 12* วันที่..... Anti-HIV () positive () negative

*กรณีบุคลากรที่สัมผัสมีการติดเชื้อ HCV จากแหล่งสัมผัส

การติดตามผลหลังบุคลากรไปสัมผัสผู้ป่วยที่เป็นไวรัสตับอักเสบซี (ผู้ป่วยมีผล anti- HCV : positive)

ให้เจาะ anti-HCV ที่ 1 และ 3 เดือนหลังสัมผัส

นัดเจาะเลือด 1 เดือน วันที่ผล anti- HCV.....

นัดเจาะเลือด 3 เดือน วันที่ผล anti- HCV.....

*** หากผล anti- HCV : negative ทั้ง 2 ครั้ง ไม่นัดต่อ

หากผล anti- HCV : positive ให้ consult med. เพื่อให้การรักษาแบบ chronic HCV

บุคลากรที่ได้รับอุบัติเหตุ.....

(.....)

วันที่.....

แพทย์ผู้บันทึกและรักษ.....

(.....)

วันที่.....

หัวหน้าเวร

(.....)

วันที่.....

ICN.....

(.....)

วันที่.....

ประธาน IC

(.....)

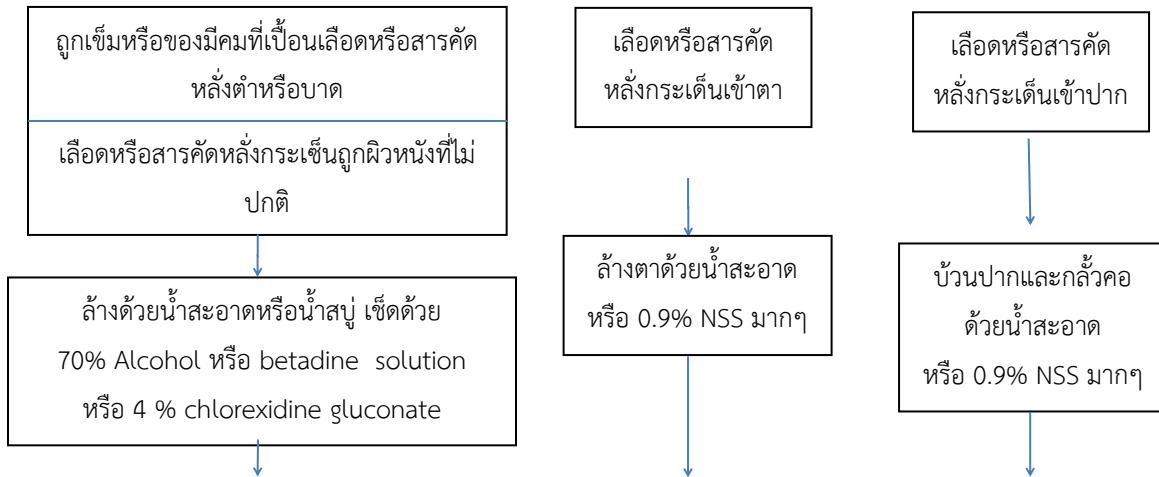
วันที่.....

ผู้อำนวยการ.....

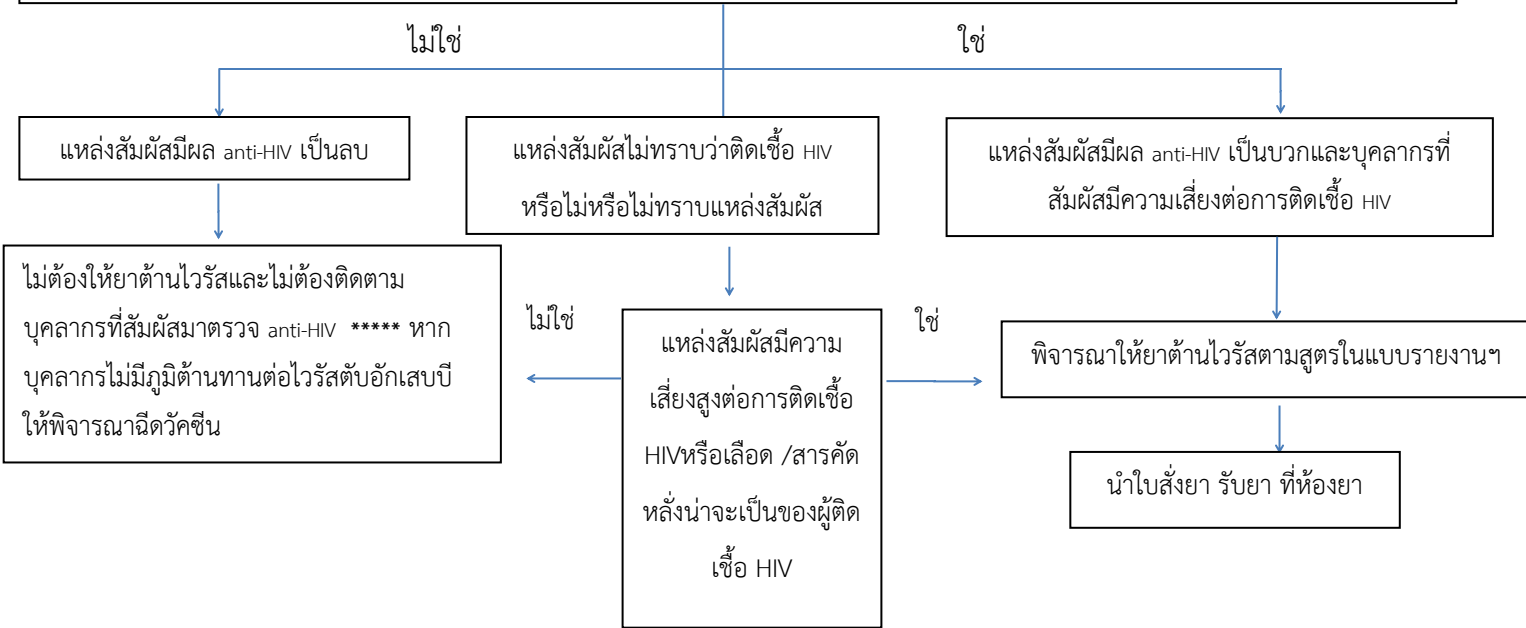
(.....)

วันที่.....

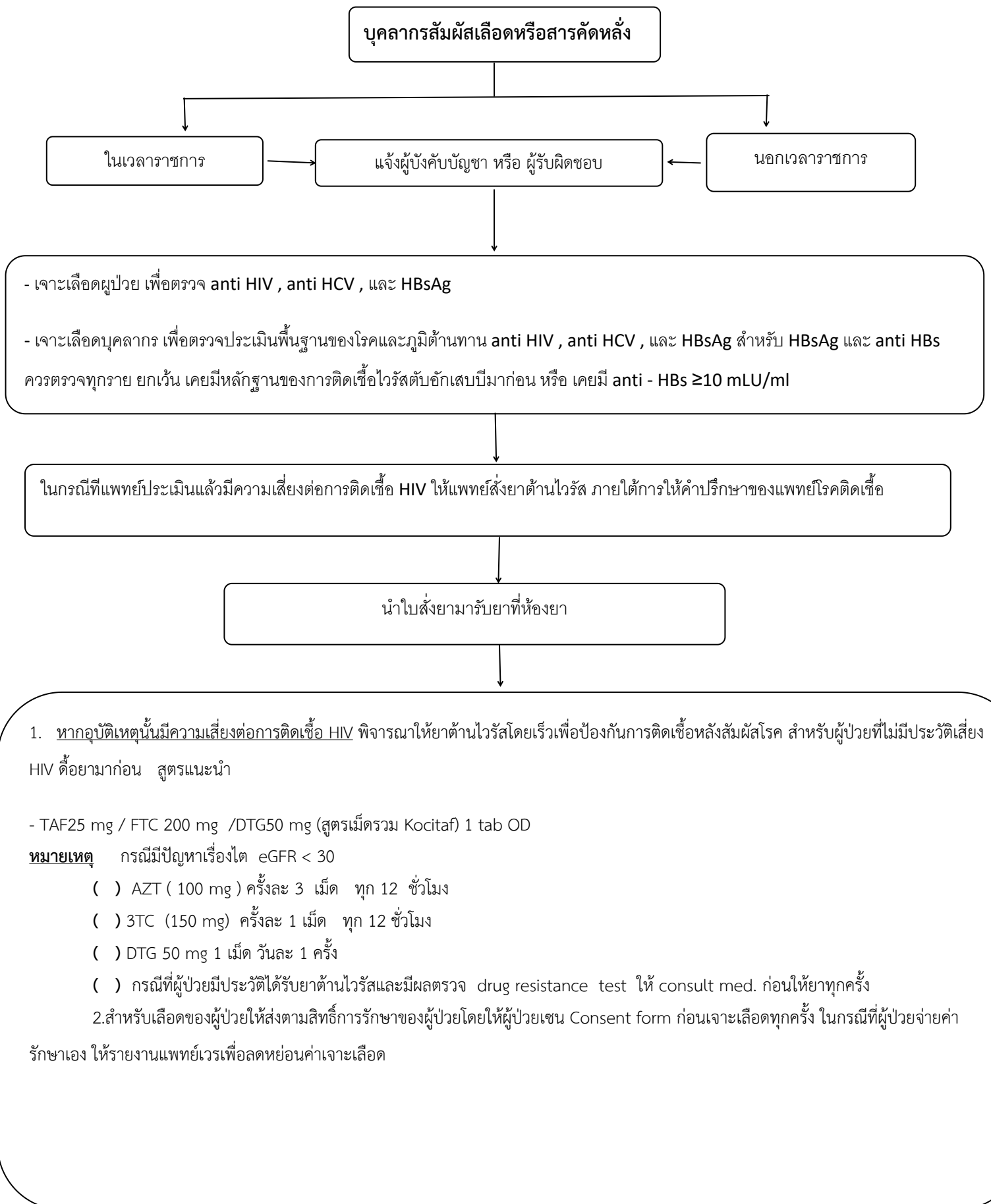
แนวทางปฏิบัติเมื่อบุคลากรทางการแพทย์สัมผัสเลือดหรือสารคัดหลั่งผู้ป่วยขณะทำงาน



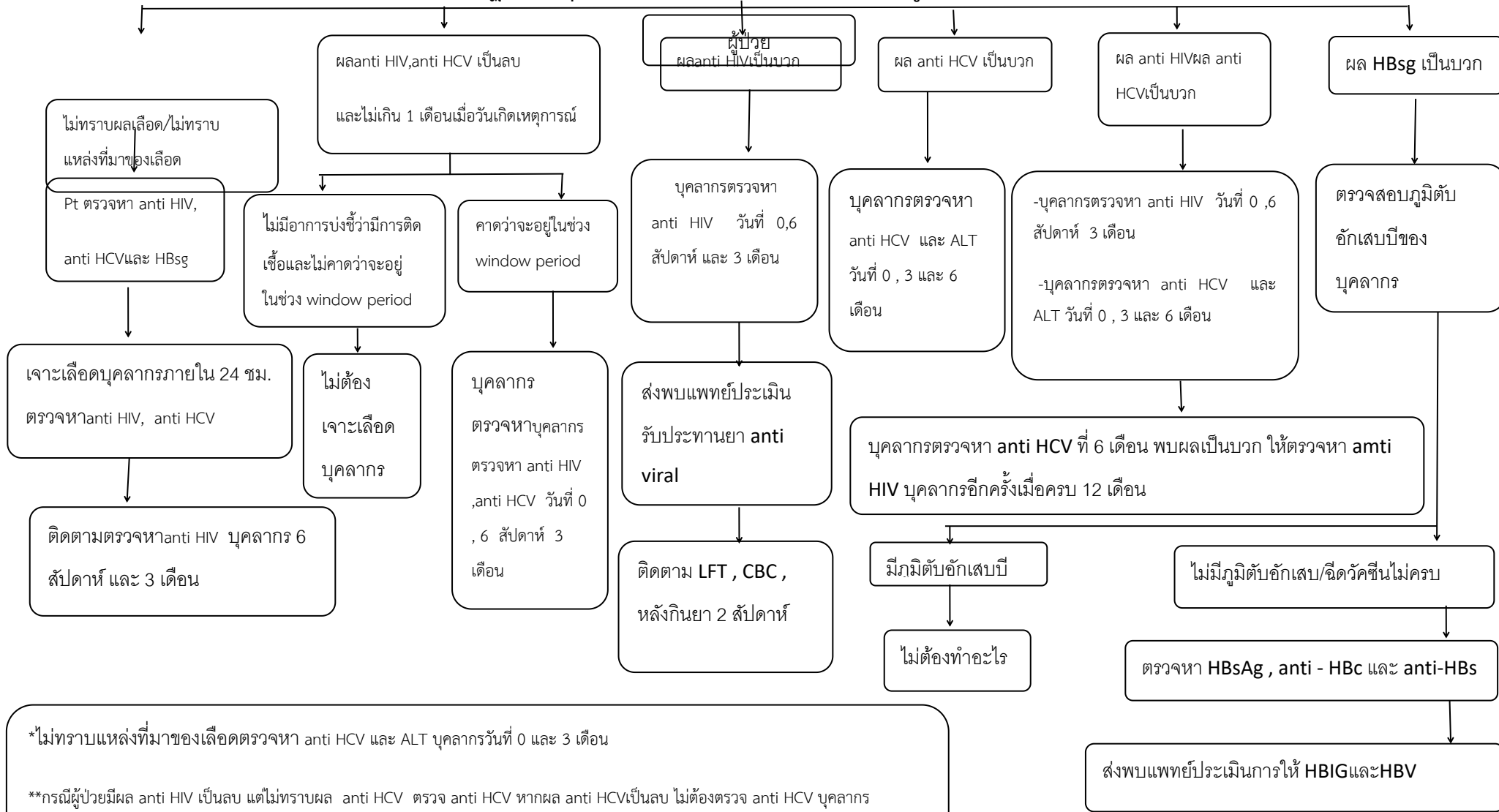
1. แจ้งหัวหน้าเวร ณ จุดปฏิบัติงานทราบ และกรอกข้อมูลในแบบรายงานสำหรับบุคลากรถูกเข็มที่ตำ ของมีคม บาดหรือสัมผัสสารคัดหลั่งขณะปฏิบัติหน้าที่ ให้ครบถ้วน พร้อมเซ็นต์ชื่อให้ครบ
 2. ในเวลาราชการหัวหน้าเวรแจ้ง ICN ทราบเพื่อดำเนินการส่งเจาะเลือด anti HIV , HBs Ag, anti HBs ของเจ้าหน้าที่และเจาะเลือด anti HIV , HBs Ag ของผู้ป่วย (กรณีผู้ป่วยมีประวัติเป็นไวรัสตับอักเสบบี ให้เจาะ anti HCV ของเจ้าหน้าที่ด้วย)
หากในเวลาราชการ ICN ไม่ได้ปฏิบัติหน้าที่อยู่ใน รพ. ให้หัวหน้าเวรแต่ละจุดปฏิบัติงานดำเนินการส่งเจาะเลือดดังกล่าวแทน
นอกเวลาราชการหัวหน้าเวรแต่ละจุดปฏิบัติงาน ดำเนินการส่งเจาะเลือด anti HIV, HBs Ag , anti HBs ของเจ้าหน้าที่และเจาะเลือด anti HIV , HBs Ag ของผู้ป่วย(สำหรับหน่วยงานทันตกรรม, ศูนย์แปล, X-Ray, จ่ายกลาง, ซักฟอก,รพ.สต. ให้งาน ER ดำเนินการส่งเจาะเลือด)
 3. เมื่อได้รับผลเลือดแล้วให้หัวหน้าเวรแต่ละจุดปฏิบัติงาน รายงานผลเลือดแก่แพทย์แต่ละจุดปฏิบัติงาน เพื่อประเมินความเสี่ยงทันที (ไม่ควรช้ากว่า 72 ชั่วโมง) เพื่อให้การรักษาตามแนวทางในแบบรายงานฯ ต่อไป
 4. กรณีเหตุเกิดนอกเวลาราชการ หรือขณะ ICN ไม่ได้ปฏิบัติงานอยู่ใน รพ. ให้แต่ละจุดปฏิบัติงานเก็บแบบรายงานฯ ส่งให้ ICN ในวัน เวลา ราชการ ต่อไป
 5. ICN แจ้งประธาน IC รับทราบ และส่งรายงานแจ้งท่านผู้อำนวยการต่อไป
- หมายเหตุ** ก่อน – หลังเจาะเลือด anti HIV ให้ทำการ Pre – Post counseling ทุกครั้งและนัดครั้งต่อไปตามแนวทางในแบบรายงานฯ



Flow แนวทางปฏิบัติเมื่อบุคลากรทางการแพทย์สัมผัสเลือดหรือสารคัดหลั่งผู้ป่วยขณะทำงาน



แนวทางการปฏิบัติเมื่อบุคลากรสัมผัสเลือดหรือสารน้ำในร่างกายผู้ป่วยขณะทำงาน 2567-25



*ไม่ทราบแหล่งที่มาของเลือดตรวจหา anti HCV และ ALT บุคลากรวันที่ 0 และ 3 เดือน

**กรณีผู้ป่วยมีผล anti HIV เป็นลบ แต่ไม่ทราบผล anti HCV ตรวจ anti HCV หากผล anti HCVเป็นลบ ไม่ต้องตรวจ anti HCV บุคลากร

***กรณีบุคลากรมีภูมิไวรัสตับอักเสบบี ไม่ต้องตรวจ HBsAg , anti HBc และ anti HBs กรณีเจาะเลือด CBC,BUN,Cr,LFT ออกไปเจาะเลือดตามระบบรพ.และเบิกจ่ายตามสิทธิตนเอง

