

แบบฟอร์มที่ 3

แบบบันทึกและรายงานสำหรับบุคลากร
กรณีเกิดอุบัติเหตุถูกของมีคมที่สัมผัสเลือด / สารคัดหลั่ง
ของผู้ติดเชื้อผู้ป่วยเอดส์ ขณะปฏิบัติหน้าที่

** โปรดกรอกแบบฟอร์มและส่งกลับไปยังกองโรงพยาบาลภูมิภาค หลังจากให้บุคลากรทั้งกรณีให้ยาครบ 4 สัปดาห์ / กรณี
ได้ยา ไม่ครบ (จำนวน 4 หน้า)

1. จังหวัด.....หน่วยงาน / โรงพยาบาล.....
แผนก / หอผู้ป่วย.....
2. ชื่อบุคลากร.....HN.....รหัสของยา.....
อายุ.....ปี เพศ.....
3. ประเภทบุคลากร () แพทย์ () พยาบาล () อื่นๆ ระบุ.....
4. เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....เวลา.....น.
สถานที่.....
5. บรรยายลักษณะงานที่ปฏิบัติ และการสัมผัสเลือด / สารคัดหลั่งที่เกิดขึ้น
.....
รายละเอียดเหตุการณ์
.....
.....
6. ลักษณะการสัมผัสเลือด / สารคัดหลั่ง
() ของแหลมคมที่สัมผัสเลือด / สารคัดหลั่งของผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยเอดส์ ที่ม ตก บาด
ชนิดของแหลมคม () มีด () แก้ว
() เข็ม () แบบรู () แบบทึบ
() อื่นๆ ระบุ.....
() ผิวหนังที่บาดแผลสัมผัสเลือด / สารคัดหลั่งของผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยเอดส์
() เยื่อบุตา เนื้อเยื่ออ่อนสัมผัสเลือด / สารคัดหลั่งของผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยเอดส์
() อื่นๆ ระบุ.....
ในกรณีที่ถูกเข็มจากผู้ป่วย พบว่า
() เข็มสัมผัสเลือดดำของผู้ป่วย () เข็มสัมผัสเส้นเลือดแดงของผู้ป่วย
ชื่อ-สกุล ผู้ป่วย.....HN.....
HIV test..... CD4 count (ถ้ามี).....
การดำเนินโรคของผู้ป่วยระยะ () Asymptomatic HIV () Symptomatic HIV () AIDS

7. ตำแหน่งวัยวะที่สัมผัสเลือด / สารคัดหลั่ง.....
บรรยายลักษณะบาดแผล.....
แผล () ลึก.....เซนติเมตร พบเลือดบนบาดแผลชัดเจน () พบ () ไม่พบ

8. มาพบแพทย์ วันที่.....เวลา.....น.

9. ผลการตรวจเลือด หลังประสบอุบัติเหตุทันที (Day 0)

9.1 Hemoglobinmg/% Hematocrit.....%
Red cell morphology.....
WBC Count.....Per cu.mm.
Neutrophil.....% Lymphocyte.....% Monocytes.....%
Basophil.....% Eosinophil.....% Band form.....%

9.2 HIV Ab () บวก () ลบ

9.3 HIV Ag () บวก () ลบ

9.4 HBs Ag () บวก () ลบ

9.5 HBs Ab () บวก () ลบ

9.6 HCV Ab () บวก () ลบ () ไม่ทราบ () ไม่ได้ตรวจ

9.7 ประวัติพฤติกรรมเสี่ยง () มี () ไม่มี () ไม่ทราบ () ไม่ได้ถาม

ถ้ามี ระบุ 1.
2.
3.

10. Urine Exam ก่อนรับประทานยา

10.1 Albumine () negative () 1⁺ () 2⁺ () 3⁺ () 4⁺
10.2 Occult blood/HPF
10.3 WBC/HPF
10.4 RBC/HPF
10.5 Epithelium cell/HPF
10.6 Cast/HPF

** กรณีบุคลากรผู้ประสบอุบัติเหตุเป็นหญิง ห้ามตรวจปัสสาวะในขณะที่มีประจำเดือน

11. ก่อนรับประทานยามีอาการ () ปวดศีรษะ () ไม่มีอาการปวดศีรษะ

12. บุคลากรทราบถึงข้อดี ข้อเสีย ของการตรวจเลือด () ทราบ () ไม่ทราบ

บุคลากรยินยอมที่จะให้ตรวจเลือด () ทราบ () ไม่ทราบ

บุคลากรยินดียินยอมขั้นต้นเพื่อป้องกันเชื้อ HIV () ทราบ () ไม่ทราบ

บุคลากรยินดียินยอมขั้นต้นเพื่อป้องกันเชื้อ Hepatitis () ทราบ () ไม่ทราบ

ลงชื่อ.....(บุคลากร)

(.....)

วันที่...../...../.....

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้ดูแล

(.....)

วันที่...../...../.....

13. กรณีบุคลากรได้รับการรักษาเพื่อป้องกันการติดเชื้อ คือ

- 13.1 () AZT + 3TC ระบุขนาด AZT.....mg / วัน 3TC.....mg/วัน
 () รับประทานยาครบ 4 สัปดาห์ () ไม่ครบ รับประทานได้.....วัน/สัปดาห์
 () AZT + 3TC +) Indinavir ระบุ AZT ขนาด.....mg/วัน 3TC.....mg/วัน
 () Indinavirmg/วัน
 () รับประทานยาครบ 4 สัปดาห์ () ไม่ครบ รับประทานได้.....วัน/สัปดาห์
 () อื่นๆ ระบุ.....
- 13.2 รับประทานยา dose แรก หลังประสบอุบัติเหตุ ()นาทีก่อน ()ชั่วโมง
 ()วัน ()เดือน

14. ผลการรับประทานยา

รับประทานยาครบ 4 สัปดาห์

- () ไม่มีผลข้างเคียง
 () มีผลข้างเคียง ระบุ () คลื่นไส้ / อาเจียน () ผม่วาง
 () เหนื่อยอ่อนเพลีย () น้ำหนักลด
 () เบื่ออาหาร () ตาเหลือง / ตัวเหลือง
 () มึนงง / เวียนศีรษะ () ปวดศีรษะ
 () ผื่นระบุ.....
 () อื่นๆ ระบุ.....

หยุดยาก่อนครบ 4 สัปดาห์ เพราะ.....

อื่นๆ

15. ผลการตรวจเลือดบุคลากร เมื่อรับประทานยาครบ 4 สัปดาห์

- 15.1 Hemoglobin.....mg/% Hematocrit.....%
 Red cell morphology.....
 WBC Count.....Per cu.mm.
 Neutrophil.....% Lymphocyte.....%
 Monocytes.....%
 Basophil.....% Eosinophil.....% Band form.....%
- 15.2 HIV Ab () บวก () ลบ () ไม่ทราบ () ไม่ได้ตรวจ
 15.3 HIV Ag () บวก () ลบ () ไม่ทราบ () ไม่ได้ตรวจ
 15.4 HBs Ag () บวก () ลบ () ไม่ทราบ () ไม่ได้ตรวจ
 15.5 HBs Ab () บวก () ลบ () ไม่ทราบ () ไม่ได้ตรวจ
 15.6 HCV Ab () บวก () ลบ () ไม่ทราบ () ไม่ได้ตรวจ

16. Urine Exam หลังรับประทานยาครบ 4 สัปดาห์

16.1 Albumine () negative () 1⁺ () 2⁺ () 3⁺ () 4⁺

16.2 Occult blood/HPF

10.3 WBC/HPF

10.4 RBC/HPF

10.5 Epithelium cell/HPF

10.6 Cast/HPF

** กรณีบุคลากรผู้ประสบอุบัติเหตุเป็นหญิง ห้ามตรวจปัสสาวะในขณะมีประจำเดือน

** กรณีผลการตรวจปัสสาวะผิดปกติ เกิดจากนี้.....() ใช่ () ไม่ใช่

17. บุคลากรได้รับการ Counselling () ได้รับ

() ไม่ได้รับเพราะ.....

.....

แพทย์ผู้บันทึก.....

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

หมายเหตุ

** โปรดกรอกแบบฟอร์มนี้ เมื่อบุคลากรได้รับยาป้องกันการติดเชื้อ HIV แล้ว ทั้งกรณีรับยาครบ /
รับยาไม่ครบ และส่งไปยังกองโรงพยาบาลภูมิภาค เพื่อวิเคราะห์ และประเมินผลตลอดจนปรับเปลี่ยนการจดหายาที่
เหมาะสมแก่บุคลากรต่อไป

แบบฟอร์มที่ 2

รายงานการเกิดอุบัติเหตุ เพื่อรับยา
โครงการให้ยาป้องกันการติดเชื้อ HIV สำหรับบุคลากร
กรณีเกิดอุบัติเหตุถูกของมีคมที่สัมผัสเลือด/สารคัดหลั่ง
ของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ ขณะปฏิบัติหน้าที่

1. ชื่อ-สกุล อายุ ปี HN
โรงพยาบาล / หน่วยงาน แผนก
จังหวัด
2. วันที่เกิดอุบัติเหตุ เดือน พ.ศ.
3. ลักษณะการเกิดอุบัติเหตุ / การสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งของบุคลากร
สถานที่ที่เกิดอุบัติเหตุ
4. บรรยายลักษณะบาดแผล
.....
เหตุผลที่ให้ยาป้องกัน
ยาที่ได้รับ () AZT + 3TC () AZT + 3TC + Indinavir
วันที่เริ่มรับประทาน เดือน พ.ศ. หลังเกิดอุบัติเหตุ ชั่วโมง
ถึงวันที่ เดือน พ.ศ.
ผลการรับประทาน
() รับประทานครบ 4 สัปดาห์ โดย () ไม่มีผลข้างเคียง
() มีผลข้างเคียง ระบุ
() ไม่ครบ รับประทานยาได้ วัน เพราะ
.....

.....
(.....)

แพทย์ดูแล

วันที่รายงาน เดือน พ.ศ.

หมายเหตุ * โปรดกรอกแบบฟอร์มนี้ และส่งไปยังกองโรงพยาบาลภูมิภาค เพื่อประเมินสถานการณ์และจำนวนผู้เกิด
อุบัติเหตุ และวางแผนจัดหายาป้องกันการติดเชื้อให้เพียงพอในโอกาสต่อไป