แบบรายงานบุคลากรทางการแพทย์ผู้สัมผัสสารคัดหลั่งอันเนื่องจากการปฏิบัติหน้าที่

หน่วยงาน.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....เวลา.....น.

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....
สังกัด.....โรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช.....จังหวัดสุพรรณบุรี.....ขอยื่นเรื่องรายงานต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช.....ว่าสงสัยจะได้รับเชื้อเอดส์เนื่องจากการปฏิบัติหน้าที่
.....
.....
.....

ลงชื่อ.....

(.....)

1.....(แพทย์ผู้ตรวจ) วันที่.....เวลา.....น

2.....(จนท.ผู้เจาะเลือด)

3.....(เวรตรวจการ/หัวหน้างาน)

.....

เสนอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช

ได้รับรายงานและตรวจสอบแล้ว เห็นสมควรดำเนินการตรวจเลือดได้

ลงชื่อ.....วันที่.....เวลา.....น.

(.....)

หัวหน้าพยาบาล/หัวหน้ากลุ่มงาน(สหสาขาวิชาชีพ)

<u>คำอนุมัติ</u>

อนุมัติให้ดำเนินการตรวจเลือดได้

ลงชื่อ.....วันที่.....เวลา.....น.

(.....)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาล

<u>หมายเหตุ</u>ส่งพยาบาลควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล ภายใน 3 วัน ถ้าตรงกับวันหยุดราชการ ให้เลื่อนออกไปในวันที่เปิดทำการวันแรก

แบบรายงานอุบัติเหตุ

1.หน่วยงาน.....สังกัด.....โรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช.....จังหวัดสุพรรณบุรี

2.ชื่อบุคลากร.....อายุ.....ปี เพศ.....HN……..

3.ประเภทบุคลากร ☐ แพทย์ ☐ พยาบาล ☐ อื่นๆ .....

4.อุบัติเหตุเกิดขึ้นวันที่.....เดือน.....พ.ศ. .....เวลา.....น

สถานที่ที่เกิดอุบัติเหตุ.....

5.ลักษณะการสัมผัสเลือด/สารคัดหลั่ง

( ) ถูกเข็มทิ่มตำหรือของมีคมบาด ชนิดของแหลมคม ( ) มีด ( ) แก้ว ( ) เข็ม ( ) เข็มมีรู/กลวง

( ) เข็มตัน ( ) อื่นๆ ระบุ .....

( ) ผิวหนังที่มีบาดแผลสัมผัสเลือด/สารคัดหลั่งของผู้ป่วย

( ) เลือด/สารคัดหลั่งของผู้ป่วยกระเด็นเข้าตา เข้าจมูก หรือเข้าปาก

( ) อื่นๆ ระบุ.....

6.บรรยายลักษณะของอุบัติเหตุที่เกิดขึ้น…….....

7.ตำแหน่งอวัยวะที่สัมผัสเลือด/สารคัดหลั่ง.....( ) รอยถลอก ( ) แผลลึก.....ซม

พบเลือดบนบาดแผลชัดเจน ( ) พบ ( ) ไม่พบ

8.การปฐมพยาบาลที่ได้รับคือ.....

9.ชื่อ-สกุล ผู้ป่วย.....อายุ.....ปี HN……..……

9.1 Anti HIV วันที่..... ☐ บวก ☐ ลบ ☐ ไม่ทราบ ☐ ไม่ได้ตรวจ

9.2 HBs Ag วันที่.....☐ บวก ☐ ลบ ☐ ไม่ทราบ ☐ ไม่ได้ตรวจ

9.3 Anti HCV วันที่..... ☐ บวก ☐ ลบ ☐ ไม่ทราบ ☐ ไม่ได้ตรวจ

9.4 ประวัติพฤติกรรมเสี่ยง ☐ เสี่ยง ☐ ไม่เสี่ยง ☐ ไม่ทราบ

10.ยาที่ได้รับ.....

เริ่มรับประทานยา วันที่.....เวลา.....น.หลังเกิดอุบัติเหตุ.....ชม

ผลการรับประทานยา ☐ ไม่มีผลข้างเคียง

☐ มีผลข้างเคียง ระบุ.....

รับประทานยา ☐ ครบ

☐ ไม่ครบ เพราะ.....รับประทานยาได้.....วัน

11. ☐ บุคลากรทราบถึงข้อดี ข้อเสีย ของการตรวจเลือดและยินยอมที่จะให้ตรวจเลือด

☐ บุคลากรยินดีรักษาขั้นต้นเพื่อป้องกันการติดเชื้อ HIV

☐ บุคลากรยินดีรักษาขั้นต้นเพื่อป้องกันการติดเชื้อ Hepatitis B

12. บุคลากรมีผลการตรวจเลือดและประวัติ

12.1 Anti HIV วันที่..... ☐ บวก ☐ ลบ ☐ ไม่ทราบ ☐ ไม่ได้ตรวจ

12.2 HBs Ag วันที่..... ☐ บวก ☐ ลบ ☐ ไม่ทราบ ☐ ไม่ได้ตรวจ

12.3 Anti HCV วันที่..... ☐ บวก ☐ ลบ ☐ ไม่ทราบ ☐ ไม่ได้ตรวจ

12.4 ประวัติพฤติกรรมเสี่ยง ☐ เสี่ยง ☐ ไม่เสี่ยง ☐ ไม่ทราบ

ลงชื่อ.....(บุคลากร)

(.....)