

แบบบันทึกกรณีเกิดอุบัติเหตุถูกเข็ม ของมีคมที่มตำ /บาด หรือ สัมผัสเลือด /ของเหลวของผู้ป่วยขณะปฏิบัติหน้าที่

สำหรับแพทย์ผู้ตรวจรักษา

พบผู้ป่วยวันที่ / /..... เวลา น.

ลักษณะของการสัมผัสเลือด / ของเหลว

- () 1.Percutaneous injury มีโอกาสติดเชื้อ 0.3% Less severe More severe
- () 2.เลือด /ของเหลวกระเด็นเข้าปาก / ตา /เยื่อหู มีโอกาสติดเชื้อ 0.09%
- Small volume Large volume
- () 3.สัมผัสเลือด/ของเหลวเนื่องจากมือมีบาดแผล/รอยแตก มีโอกาสติดเชื้อ < 0.09%
- Small volume Large volume

การได้รับยา เพื่อป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี อย่างต่อเนื่อง

- () ไม่ได้รับยา เนื่องจาก ประเมินแล้วมีความเสี่ยงไม่เพียงพอ
- () ไม่ต้องการรับประทานยาต่อเนื่อง
- () ได้รับยา (28วัน)

การได้รับยาและวัคซีนเพื่อป้องกัน Hepatitis B

- () ไม่ได้รับ เนื่องจาก
- () ได้รับ
- () HBIG วันที่/...../.....
- () Hepatitis B Vaccine Day 0/...../.....
- 1 เดือน/...../.....
- 6 เดือน /...../.....

การตรวจเลือด

- () ไม่จำเป็นต้องได้รับการตรวจเลือดเนื่องจากประเมินแล้วความเสี่ยงไม่เพียงพอ
- () ยินยอมให้ตรวจเลือด
- () HIV Ag () HIV Ab () HBsAg () Anti-HBs () Anti-HCV
- () CBC, UA (เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานก่อนได้รับยาต่อเนื่อง)
- () SGOT, SGPT, BUN, Cr (เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานก่อนได้รับยาต่อเนื่อง)

การให้ยาด้านไวรัส

- () Stat ยาโดยเร็วที่สุดหลังสัมผัส 1-2 ชั่วโมงระยะเวลา..... และอย่างช้าไม่เกิน 72 ชั่วโมง
- () TDF (300) 1 x 1 po hs. + 3TC(300) 1x1po hs.+ Dolutegravir (50) 1x1 po hs.

หมายเหตุ : กรณีมีปัญหาไต CrCl < 50 ml/min พิจารณาปรับสูตรยาตามค่าการทำงานของไต

แพทย์ผู้ดูแล

(.....)

วันที่ /..... /.....

การนัดตรวจเพื่อติดตามภาวะสุขภาพ

() Wks. 2 หลังทานยาต่อเนื่อง วันที่/...../.....

CBC SGOT SGPT BUN Cr UA

() Wks. 4 หลังทานยาต่อเนื่อง วันที่/...../.....

Anti-HIV CBC SGOT SGPT UA

() เดือนที่ 3 วันที่/...../.....

Anti-HIV

() เดือนที่ 6 วันที่/...../.....

Anti-HIV HBsAg Anti-HCV

(กรณีแหล่งโรค และ/หรือ บุคลากรมีการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี หรือ ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซี)

การให้คำปรึกษา

การให้คำปรึกษาแก่บุคลากรภายหลังการเกิดอุบัติเหตุ

() บุคลากรทราบถึงโอกาสเสี่ยงของการติดเชื้อ () ทราบ () ไม่ทราบ

() บุคลากรทราบถึงข้อดี ข้อเสียของการตรวจเลือด () ทราบ () ไม่ทราบ

() บุคลากรทราบถึงความสำคัญของการรับประทานยาต่อเนื่อง รวมทั้ง S/E ที่อาจเกิดขึ้น

() ทราบ () ไม่ทราบ

() บุคลากรทราบถึงความสำคัญของการได้รับการติดตามภาวะสุขภาพ () ทราบ () ไม่ทราบ

การรับรู้ของบุคลากร

() รับรู้

() ไม่รับรู้

() ไม่แน่ใจ

ลายมือชื่อบุคลากรเกิดอุบัติเหตุ

(.....)

วันที่...../...../.....

