

แบบรายงานการได้รับอุบัติเหตุจากการถูกเข็มหรือของมีคมที่มแทงหรือบาด

โรงพยาบาลโพธาราม

1. ชื่อ..... อายุ..... ปี สถานที่ปฏิบัติงาน H.N.
2. ประเภทเจ้าหน้าที่ ()พยาบาล ()แพทย์ () ผู้ช่วยเหลือคนไข้ () อื่นๆ ระบุ
3. อุบัติเหตุที่เกิดขึ้น วันที่..... เดือน..... พ.ศ..... เวลา..... น.
4. สถานที่ได้รับอุบัติเหตุ
5. ลักษณะของอุบัติเหตุ
() ของแหลมคมที่ปนเปื้อนเลือดหรือสารน้ำจากร่างกายผู้ป่วย ทิ่มตำ หรือบาด
ระบุ () มีด () แก้ว () เข็ม () อื่นๆ ระบุ.....
() ผิวหนังที่มีบาดแผล สัมผัสถูกเลือด หรือสารน้ำจากร่างกายผู้ป่วย
() เย็บอุตา เนื้อเยื่ออ่อน สัมผัสถูกเลือดหรือสารน้ำจากร่างกายผู้ป่วย
() อื่นๆ ระบุ
6. ส่วนของร่างกายที่ได้รับอุบัติเหตุ () มือ () จมูก () แขน () ปาก
() ตา () อื่นๆ ระบุ
7. ได้รับอุบัติเหตุขณะปฏิบัติกิจกรรมใด () ฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อ ไตผิวหนัง () ล้างเครื่องมืออุปกรณ์
() ฉีดยาเข้าสาย IV Fluid () เจาะเลือดที่ปลายนิ้วมือหรือส้นเท้าเด็ก
() เย็บแผล () ทิ้งเข็ม
() เจาะเลือด () อื่นๆ ได้แก่เข็มทะลุออกกล่องทิ้งเข็ม เข็มอยู่ในผ้า ระบุ.....
8. การปนเปื้อนเลือดหรือสารคัดหลั่งของอุปกรณ์ เครื่องมือที่ทำให้เกิดอุบัติเหตุ () เปื้อนเลือดหรือสารคัดหลั่งของผู้ป่วย
() ไม่เปื้อนเลือดหรือสารคัดหลั่งของผู้ป่วย
() ไม่ทราบ
9. ความรุนแรงของอุบัติเหตุ () ถูกบาดหรือถูกแทง
() ปานกลาง (แทงทะลุผิวหนัง มีเลือดออกเล็กน้อย)
() รุนแรง (ถูกแทงลึก มีเลือดออกมาก)
10. การใช้เครื่องป้องกันขณะเกิดอุบัติเหตุ () ใช้เครื่องป้องกันที่ใช้ () แวนตา () ถุงมือ
() เสื้อคลุม () ผ้าปิดปากและจมูก () ไม่ได้ใช้
11. การปฏิบัติตัวหลังจากได้รับอุบัติเหตุ () ล้างบริเวณอุบัติเหตุด้วยน้ำ
() ล้างบริเวณอุบัติเหตุด้วยน้ำ และสบู่
() ล้างบริเวณที่ได้รับอุบัติเหตุด้วยน้ำ และสบู่ แล้วเช็ดด้วยAlcohol 70%
() อื่นๆระบุ.....

12. ผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการมีผลการตรวจเลือด และประวัติ

- () Anti-HIV 4th generation (Anti-HIV/HIV Ag.) [] บวก [] ลบ [] ไม่ทราบ [] ไม่ได้ตรวจ
- () HBs Ab [] บวก [] ลบ [] ไม่ทราบ [] ไม่ได้ตรวจ
- () HBs Ag [] บวก [] ลบ [] ไม่ทราบ [] ไม่ได้ตรวจ
- () Anti-HCV [] บวก [] ลบ [] ไม่ทราบ [] ไม่ได้ตรวจ
- () ประวัติพฤติกรรมเสี่ยง [] มี [] ไม่มี [] ไม่ทราบ [] ไม่ได้ถาม

13. เจ้าหน้าที่ทราบถึง ข้อดี ข้อเสีย ของการตรวจเลือด [] ใช่ [] ไม่ใช่
- เจ้าหน้าที่ () ยินยอมที่จะตรวจเลือด [] ใช่ [] ไม่ใช่
- เจ้าหน้าที่ () ยินดีรักษาขั้นต้น เพื่อป้องกันการติดเชื้อ HIV [] ใช่ [] ไม่ใช่
- เจ้าหน้าที่ () ยินดีรักษาขั้นต้น เพื่อป้องกันการติดเชื้อ Hepatitis [] ใช่ [] ไม่ใช่

ลงชื่อ.....ผู้สัมผัส
(.....)

ตำแหน่ง.....

ลงชื่อ.....หัวหน้างาน
(.....)

ตำแหน่ง.....