

**แบบบันทึกกรณีเกิดอุบัติเหตุถูกเข็ม ของมีคมทิ่มตำ
/บาด หรือ สัมผัสเลือด /ของเหลวของผู้ป่วยขณะปฏิบัติหน้าที่**

แพทย์ผู้ตรวจรักษา

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/รอยแตกมีโอกาติดเชื้อ <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 เดือน/...../.....

1 เดือน/...../.....

6 เดือน /...../.....

การตรวจเลือด

- () ไม่จำเป็นต้องได้รับการตรวจเลือดเนื่องจากประเมินแล้วความเสี่ยงไม่เพียงพอ
- () ยินยอมให้ตรวจเลือด
- () HIVag () HIVab () HBsAg () Anti-HBs () Anti-HCV
- () CBC,UA (เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานก่อนได้รับยาต่อเนื่อง)
- () SGOT,SGPT,BUN,Cr (เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานก่อนได้รับยาต่อเนื่อง)

การให้ยาด้านไวรัส

- () Stat ยาโดยเร็วที่สุดหลังสัมผัส 1-2 ชั่วโมงระยะเวลา..... และอย่างช้าไม่เกิน 72 ชั่วโมง
- () สูตรยา TLD (TDF 300 mg + 3TC 300 mg + DTG 50 mg) หรือ ACRIPTEGA 1 tab OD

หมายเหตุ : กรณีมีปัญหาไต $\text{crcl} < 50 \text{ mL/min}$ พิจารณาปรับสูตรยาตามค่าการทำงานของไต

แพทย์ผู้ดูแล

.....

(.....)

วันที่/...../.....

การนัดตรวจ เพื่อติดตามภาวะสุขภาพ

() Wks. 2 หลังทานยาต่อเนื่องวันที่/...../.....

☐ 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 ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี)

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...../...../.....