

## แบบฟอร์มที่ 2

รายงานการเกิดอุบัติเหตุ เพื่อรับยา  
โครงการ ให้อาป้องกัันการติดเชื้อ HIV สำหรับบุคลากร  
กรณีเกิดอุบัติเหตุถูกของมีคมที่สัมผัสเลือด/สารคัดหลั่ง  
ของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ ขณะปฏิบัติหน้าที่

- ชื่อ - สกุล.....อายุ.....ปี HN.....  
โรงพยาบาล/หน่วยงาน.....แผนก.....  
จังหวัด.....
- วันที่เกิดอุบัติเหตุ.....เดือน.....พ.ศ.....
- ลักษณะการเกิดอุบัติเหตุ/การสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งของบุคลากร.....  
สถานที่ที่เกิดอุบัติเหตุ.....
- บรรยายลักษณะ  
บาดแผล.....  
.....  
เหตุผลที่ให้อาป้องกััน.....  
ยาที่ได้รับ ( ) Teevir (TDF300-FTC200-EFV600) .....  
วันที่เริ่มรับประทานยา.....เดือน.....พ.ศ.....หลังเกิดอุบัติเหตุ.....ชั่วโมง  
ถึงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....  
ผลการรับประทานยา  
( ) รับประทานครบ 4 สัปดาห์ โดย ( ) ไม่มีผลข้างเคียง  
( ) มีผลข้างเคียง ระบุ.....  
( ) ไม่ครบ รับประทานได้.....วัน เพราะ.....  
.....

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

แพทย์ผู้ดูแล

วันที่รายงาน.....เดือน.....พ.ศ.....

หมายเหตุ \* โปรดกรอกแบบฟอร์มนี้ และส่งไปยังกองโรงพยาบาลภูมิภาค เพื่อประเมินสถานการณ์และ  
จำนวนผู้เกิดอุบัติเหตุ และวางแผนจัดหายาป้องกันการติดเชื้อให้เพียงพอในโอกาสต่อไป