

แบบฟอร์มที่ 3

แบบบันทึกและรายงานสำหรับบุคลากร

กรณีเกิดอุบัติเหตุถูกของมีคมที่สัมผัสเลือด / สารคัดหลั่ง
ของผู้ติดเชื้อผู้ป่วยเอดส์ ขณะปฏิบัติหน้าที่

** โปรดกรอกแบบฟอร์มและส่งกลับไปยังกองโรงพยาบาลภูมิภาค หลังจากให้บุคลากรทั้งกรณีให้ยาครบ 4 สัปดาห์ / กรณี
ได้ยา ไม่ครบ (จำนวน 4 หน้า)

1. จังหวัด.....หน่วยงาน / โรงพยาบาล.....
แผนก / หอผู้ป่วย.....

2. ชื่อบุคลากร.....HN.....รหัสของยา.....
อายุ.....ปี เพศ.....

3. ประเภทบุคลากร () แพทย์ () พยาบาล () อื่นๆ ระบุ.....

4. เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....เวลา.....น.
สถานที่.....

5. บรรยายลักษณะงานที่ปฏิบัติ และการสัมผัสเลือด / สารคัดหลั่งที่เกิดขึ้น
.....
รายละเอียดเหตุการณ์
.....
.....

6. ลักษณะการสัมผัสเลือด / สารคัดหลั่ง
() ของแหลมคมที่สัมผัสเลือด / สารคัดหลั่งของผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยเอดส์ ที่มี ตก บาด
ชนิดของแหลมคม () มีด () แก้ว
() เข็ม () เข็มฉีดยา () เข็มเจาะ () เข็มแทง
() อื่นๆ ระบุ.....

() ผิวหนังที่บาดแผลสัมผัสเลือด / สารคัดหลั่งของผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยเอดส์
() เชื้อบุตา เนื้อเยื่ออ่อนสัมผัสเลือด / สารคัดหลั่งของผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยเอดส์
() อื่นๆ ระบุ.....

ในกรณีที่ถูกเข็มจากผู้ป่วย พบว่า

() เข็มสัมผัสเลือดดำของผู้ป่วย () เข็มสัมผัสเส้นเลือดแดงของผู้ป่วย
ชื่อ-สกุล ผู้ป่วย.....HN.....

HIV test..... CD4 count (ถ้ามี).....

การดำเนินโรคของผู้ป่วยระยะ () Asymptomatic HIV () Symptomatic HIV () AIDS

7. ตำแหน่งอวัยวะที่สัมผัสเลือด / สารคัดหลั่ง.....
บรรยายลักษณะบาดแผล.....
แผล () ลึก.....เซนติเมตร พบเลือดบนบาดแผลชัดเจน () พบ () ไม่พบ

8. มาพบแพทย์ วันที่.....เวลา.....น.

9. ผลการตรวจเลือด หลังประสอบัติเหตุทันที (Day 0)

9.1 Hemoglobin.....mg/% Hematocrit.....%

Red cell morphology.....

WBC Count.....Per cu.mm.

Neutrophil.....% Lymphocyte.....% Monocytes.....%

Basophil.....% Eosinophil.....% Band form.....%

9.2 HIV Ab () บวก () ลบ

9.3 HIV Ag () บวก () ลบ

9.4 HBs Ag () บวก () ลบ

9.5 HBs Ab () บวก () ลบ

9.6 HCV Ab () บวก () ลบ () ไม่ทราบ () ไม่ได้ตรวจ

9.7 ประวัติพฤติกรรมเสี่ยง () มี () ไม่มี () ไม่ทราบ () ไม่ได้ถาม

ถ้ามี ระบุ 1.

2.

3.

10. Urine Exam ก่อนรับประทานยา

10.1 Albumine () negative () 1+ () 2+ () 3+ () 4

10.2 Occult blood/HPF

10.3 WBC/HPF

10.4 RBC/HPF

10.5 Epithelium cell/HPF

10.6 Cast/HPF

11. ก่อนรับประทานยามีอาการ () ปวดศีรษะ () ไม่มีอาการปวดศีรษะ

12. บุคลากรทราบถึงข้อดี ข้อเสีย ของการตรวจเลือด () ทราบ () ไม่ทราบ
 บุคลากรยินยอมที่จะให้ตรวจเลือด () ทราบ () ไม่ทราบ
 บุคลากรยินดีรักษาขั้นต้นเพื่อป้องกันเชื้อ HIV () ทราบ () ไม่ทราบ
 บุคลากรยินดีรักษาขั้นต้นเพื่อป้องกันเชื้อ Hepatitis () ทราบ () ไม่ทราบ

ลงชื่อ.....(บุคลากร)
 (.....)
 วันที่...../...../.....

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้ดูแล
 (.....)
 วันที่...../...../.....

13. กรณีบุคลากรได้รับการรักษาเพื่อป้องกันการติดเชื้อ คือ

13.1 Teevir (TDF300-FTC200-EFV600) 1 Tab/วัน

- () รับประทานยาครบ 4 สัปดาห์ () ไม่ครบ รับประทานได้.....วัน/สัปดาห์
 () อื่นๆ ระบุ.....

13.2 () รับประทานยา dose แรก หลังประสบอุบัติเหตุ ()นาที่ ()ชั่วโมง
 ()วัน ()เดือน

14. ผลการรับประทานยา

รับประทานยาครบ 4 สัปดาห์

- () ไม่มีผลข้างเคียง
 () มีผลข้างเคียง ระบุ () คลื่นไส้ / อาเจียน () ผม่วง
 () เหนื่อยอ่อนเพลีย () น้ำหนักลด
 () เบื่ออาหาร () ตาเหลือง / ตัวเหลือง
 () มึนงง / เวียนศีรษะ () ปวดศีรษะ
 () ผื่นระบุ.....
 () อื่นๆ ระบุ.....

14.2 หยุดยาก่อนครบ 4 สัปดาห์ เพราะ

.....

14.3 อื่นๆ

.....

15. บุคลากรได้รับการ Counselling () ได้รับ

() ไม่ได้รับ เพราะ.....

16. ผลการตรวจเลือดบุคลากร เมื่อรับประทานยาครบ 4 สัปดาห์

สัปดาห์ที่ 6 Hemoglobin.....mg/% Hematocrit.....%

Red cell morphology.....

WBC Count.....Per cu.mm.

Neutrophil.....% Lymphocyte.....%

Monocytes.....%

Basophil.....%Eosinophil.....%Band form.....%

เดือนที่ 3 Hemoglobin.....mg/% Hematocrit.....%

Red cell morphology.....

WBC Count.....Per cu.mm.

Neutrophil.....% Lymphocyte.....%

Monocytes.....%

Basophil.....%Eosinophil.....%Band form.....%

เดือน 6 Hemoglobin.....mg/% Hematocrit.....%

Red cell morphology.....

WBC Count.....Per cu.mm.

Neutrophil.....% Lymphocyte.....%

Monocytes.....%

Basophil.....%Eosinophil.....%Band form.....%

เดือน 12 Hemoglobin.....mg/% Hematocrit.....%

Red cell morphology.....

WBC Count.....Per cu.mm.

Neutrophil.....% Lymphocyte.....%

Monocytes.....%

Basophil.....%Eosinophil.....%Band form.....%

แพทย์ผู้บันทึก.....

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

หมายเหตุ

** โปรดกรอกแบบฟอร์มนี้ เมื่อบุคลากรได้รับยาป้องกันการติดเชื้อ HIV แล้ว ทั้งกรณีรับยาครบ /

รับยาไม่ครบ และส่งไปยังกองโรงพยาบาลภูมิภาค เพื่อวิเคราะห์ และประเมินผลตลอดจนปรับเปลี่ยนการจัดหายาที่เหมาะสมแก่บุคลากรต่อไป