

แบบบันทึก/รายงานสำหรับบุคลากรโรงพยาบาลบ้านเหลื่อม

กรณีเกิดอุบัติเหตุถูกเข็ม ของมีคมที่ตำ/บาด หรือสัมผัสเลือด/ของเหลวของผู้ป่วยขณะปฏิบัติหน้าที่  
ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของบุคลากรที่ได้รับอุบัติเหตุ

ID.....HN.....ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี เพศ.....
วันที่เกิดเหตุการณ์...../...../.....เวลา.....น. ประวัติพฤติกรรมเสี่ยง ( ) มี ( ) ไม่มี ( ) ไม่ทราบ
ประเภทบุคลากร ( ) แพทย์ ( ) ทันตแพทย์ ( ) พยาบาล ( ) จนท.วิทยาศาสตร์ ( ) ผู้ช่วยเหลือคนไข้
( ) อื่นๆ ระบุ.....เบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้ .....

ผู้ป่วย (แหล่งต้นตอ) ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี

รายการเจาะ Lab ผู้ป่วย (แหล่งต้นตอ) **Anti HIV, HBsAg Anti HCV**

( ) HIV Positive ( ) HIV Negative ( ) ไม่ทราบแต่มีภาวะเสี่ยง ( ) ไม่ทราบ

การดำเนินโรคของผู้ป่วย (แหล่งต้นตอ) ( ) ภาวะ Asymptomatic ( ) ภาวะ Symptomatic ( ) AIDS

บรรยายรายละเอียดเหตุการณ์รวมทั้งระยะเวลาและปริมาณของเลือดและของเหลวที่สัมผัส	อุบัติเหตุการสัมผัสเลือด/ของเหลวเกิดขึ้นเมื่อ
	<input type="checkbox"/> ขณะกำลังใช้ของมีคม <input type="checkbox"/> หลังใช้ของมีคม ก่อนทิ้ง <input type="checkbox"/> ของมี คมถูกวาง/ทิ้งไว้ในตำแหน่ง/บริเวณที่ไม่เหมาะสม <input type="checkbox"/> ขณะปลดเข็ม/ถอดอุปกรณ์ <input type="checkbox"/> สวมปลอกเข็มกลับคืน <input type="checkbox"/> ก่อนใช้ของมีคม <input type="checkbox"/> เข็ม/ของมีคม ที่มแทงทะลุจากขยะ <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ.....

ชนิดของเข็ม/ของมีคม

( ) Hollow / bore needle

( ) IV catheter

( ) อื่นๆ ระบุ.....

การสัมผัสเลือด/ของเหลวเกิดขึ้นที่ไหน

( ) ห้องผู้ป่วย / ward ( ) OR ( ) ER ( ) LR & Delivery room

( ) OPD ( ) อื่นๆ ระบุ.....

ขณะเกิดอุบัติเหตุได้สวมอุปกรณ์ป้องกันร่างกาย หรือไม่ ( ) สวมอุปกรณ์ป้องกัน ( ) ไม่ได้สวมอุปกรณ์ป้องกัน

( ) สวมอุปกรณ์ป้องกันแต่ไม่ครบ/ไม่เหมาะสม

อุปกรณ์ป้องกันร่างกายที่ใช้ (สามารถเลือกตอบได้มากกว่า 1 รายการ): ( ) ถุงมือ 2 ข้าง ( ) ถุงมือข้างเดียว

( ) แว่นตา ( ) เสื้อคลุม ( ) หน้ากาก ( ) รองเท้าบูท

**ส่วนที่ 2** สำหรับแพทย์ผู้ตรวจรักษา **लगDX Z206**

พบบุคลากรวันที่...../...../..... เวลา.....น. สถานที่/ห้องตรวจ.....

ลักษณะของการสัมผัสเลือด/ของเหลว

ถูกของมีคมที่ม/ตำ/บาด (Percutaneous injury)@ ( ) Less severe ( ) More severe หมายเหตุ @ = Percutaneous Injury มีโอกาสติดเชื้อ 0.3%	เลือด/ของเหลวกระเด็นเข้าปาก/ตา/เยื่อหู (Mucous membrane exposure)@ ( ) Small volume ( ) Large volume หมายเหตุ @ = Mucous membrane exposure มีโอกาสติดเชื้อ 0.9%	สัมผัสเลือด/ของเหลวเนื่องจากมีบาดแผล/รอยแตก (Non-intact skin exposure)@ ( ) Small volume ( ) Large volume หมายเหตุ @ = Non-intact skin exposure มีโอกาสติดเชื้อ < 0.9%
--	---	--

การตรวจเลือด ( ) ไม่จำเป็นต้องได้รับการตรวจเลือดเนื่องจาก ประเมินแล้วความเสี่ยงไม่เพียงพอ  
 ( ) ไม่ยินยอมที่จะตรวจเลือด  
 ( ) ยินยอมให้ตรวจเลือด  
 ( ) Anti HIV ( ) Anti HCV ( ) HBsAg ( ) Anti-HBs (HBsAg, Anti-HBs ถ้าเคยทราบผลแล้ว+มีภูมิไม่ต้องตรวจเลือด)

( ) CBC, SGPT, Cr (เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานก่อนได้รับยาต่อเนื่อง)

**การปฏิบัติตนหลังได้รับอุบัติเหตุ :** การปฐมพยาบาลเบื้องต้น ( ) ได้ทำ ( ) ไม่ได้ทำ

( ) ได้รับประทานยา stat dose เมื่อ.....นาที่ หรือ .....ชม. หลังเกิดเหตุ ยาที่ได้รับ 28วัน เน้นกินตรงเวลา

# Regimen for **o**PEP & **n**PEP

สูตรยาต้านเอชไอวี			หมายเหตุ	
สูตรแนะนำ	TDF/FTC (300/200) OD <b>OR</b> TDF (300) + 3TC (300) OD <b>OR</b> TAF/FTC (25/200) OD	+	DTG (50) OD	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ RPV ควรกินพร้อมอาหาร</li> <li>▪ หลีกเลี่ยง DTG ในหญิงวันเจริญพันธุ์ที่ไม่ตั้งครรภ์และมีแนวโน้มจะตั้งครรภ์</li> </ul>
สูตรทางเลือก		+	RPV (25) OD <b>OR</b> ATV/r (300/100) OD <b>OR</b> DRV/r (800/100) OD <b>OR</b> BIC (50) OD	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ห้ามใช้ bPIs กับยากกลุ่ม ergotamine</li> </ul>
กรณีไตมีปัญหา (CrCl < 50 ml/min)	AZT 300 mg q 12 hr. แทน TDF ในสูตรแนะนำหรือสูตรทางเลือก			

( ) ยาอื่นๆ ได้แก่.....  
 ( ) ไม่ได้รับประทานยา stat dose ภายใน 72 ชั่วโมง เนื่องจาก ( ) ไม่ได้รับยาเนื่องจาก ประเมินแล้วมีความเสี่ยงไม่เพียงพอ ( ) ไม่ต้องการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง

### วัคซีน เพื่อป้องกันไวรัสตับอักเสบบี

( ) ไม่ได้รับ เนื่องจาก.....(สำหรับบุคลากรเกิดหลังแต่ปี2535ขึ้นไปไม่ให้วัคซีน/แล้วแต่แพทย์พิจารณา)

( ) ได้รับ ( ) Hepatitis B Vaccine Day 0 วันที่...../...../.....

1 เดือน วันที่...../...../.....6 เดือน วันที่...../...../.....

แพทย์ผู้บันทึก/แพทย์ผู้ดูแล.....

( )

วันที่...../...../.....

### ส่วนที่ 3 สำหรับ ICN/พยาบาล

การให้คำปรึกษาแก่บุคลากรภายหลังการเกิดอุบัติเหตุ	การรับรู้ของบุคลากร
( ) บุคลากรทราบถึงโอกาสเสี่ยงของการติดเชื้อ : ( ) ทราบ ( ) ไม่ทราบ	( ) รับรู้
( ) บุคลากรทราบถึงข้อดี ข้อเสียของการตรวจเลือด : ( ) ทราบ ( ) ไม่ทราบ	( ) ไม่รับรู้
( ) บุคลากรทราบถึงความสำคัญของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องรวมทั้ง S/E ที่อาจเกิดขึ้น ( ) ทราบ ( ) ไม่ทราบ	( ) ไม่แน่ใจ
( ) บุคลากรทราบถึงความสำคัญของการได้รับการติดตามภาวะสุขภาพ : ( ) ทราบ ( ) ไม่ทราบ	

การนัดตรวจเพื่อติดตามภาวะสุขภาพ

( ) นัดครั้งที่ 1\* (สัปดาห์ที่ 1 หลังรับประทานยาต่อเนื่อง) วันที่...../...../.....

( ) นัดครั้งที่ 2\* (1เดือน หลังรับประทานยาต่อเนื่อง) ตรวจAnti-HIV วันที่...../...../..... ( ) บวก ( ) ลบ

( ) นัดครั้งที่ 3 (3เดือน) ตรวจAnti-HIV วันที่...../...../..... ( ) บวก ( ) ลบ(สำหรับ Anti-HCV, HBsAg จะเจาะให้ถ้าแหล่งต้นตอเป็นโรค)

ผลการรับประทานยา

( ) ไม่ครบ รับประทานยาได้.....วัน/สัปดาห์

เหตุผลที่หยุดยาก่อนครบ 4 สัปดาห์ ( ) ทนต่อผลข้างเคียงของยาไม่ได้ ( ) อื่นๆ (ระบุ).....

( ) รับประทานยาครบ 4 สัปดาห์

( ) ไม่มีผลข้างเคียงของยา

( ) มีผลข้างเคียงของยาส่งพบแพทย์ เลือดเจาะเบื้องต้น CBC, SGPT, Cr+แพทย์พิจารณา ได้แก่  คลื่นไส้

อาเจียน  ผอมลง  เบื่ออาหาร  ปวดศีรษะ  เหนื่อยอ่อนเพลีย  น้ำหนักลด  ตาเหลือง/ตัวเหลือง  มีนิ่ว/เวียนศีรษะ  ผื่น  อื่นๆ.....

ICN ผู้ให้คำปรึกษา/บันทึก.....

วันที่...../...../.....

รายละเอียดติดตามLab

# Laboratory investigation

Lab	Source	ผู้สัมผัสเชื้อ				
		ระหว่างกินยา		การติดตาม		
		Baseline	เมื่อมีอาการ	1 เดือน	3 เดือน	6 เดือน
Anti-HIV (same-day)	✓	✓	✓ <sup>1</sup>	✓	✓	✓ <sup>2</sup>
CBC, Cr, ALT	-	✓	✓	-	-	-
HIV PCR or VL	-	-	✓ <sup>1</sup>	-	-	-
HBsAg	✓	✓	✓	-	-	✓ <sup>3</sup>
Anti-HBs	-	✓	-	-	-	-
Anti-HCV	✓	✓	-	-	-	✓ <sup>3</sup>

<sup>1</sup> Suspected of acute HIV infection

<sup>2</sup> If source Anti-HCV positive >> follow up Anti-HIV until 6 months, due to delay seroconversion in HIV with HCV co-infection

<sup>3</sup> If source HBV or HCV positive