

แบบรายงานการติดเชื้อโรคเอดส์อันเนื่องมาจากการปฏิบัติหน้าที่

ที่ทำการ

วันที่ เดือน พ.ศ. เวลา

ข้าพเจ้า ตำแหน่ง

สังกัด/สถานศึกษา จังหวัด ขอยื่นรายงานต่อ

..... ว่าสงสัยจะได้รับเชื้อเอดส์เนื่องมาจากการปฏิบัติหน้าที่

.....
.....

ลงลายมือชื่อ

เสนอ

ได้รับรายงานและตรวจสอบแล้ว เห็นควรดำเนินการตรวจได้

ลงชื่อ วันที่ เวลา

คำอนุมัติ

อนุมัติให้ดำเนินการตรวจเลือดได้

ลงชื่อ วันที่ เวลา

บันทึกแนบรายงานการติดเชื้ออันเนื่องมาจากการปฏิบัติหน้าที่

1. ชื่อหน่วยงาน/การพยาบาล.....งาน/ภาควิชา.....
2. ชื่อบุคลากร.....Soundex code.....
อายุ.....ปี เพศ.....ตำแหน่ง.....
3. ประเภทบุคลากร พยาบาล แพทย์ อื่น ๆ ระบุ.....
4. อุบัติเหตุที่เกิดขึ้น วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....เวลา.....น. สถานที่.....
5. ลักษณะอุบัติเหตุ
 ของแหลมคมที่ปนเปื้อนเลือด หรือสารคัดหลั่งจากผู้ป่วย ทิ่มตำ หรือบาด
 มีด แก้ว เข็ม อื่น ๆ.....
 ผิวหนังที่มีบาดแผล สัมผัสถูกเลือดหรือสารคัดหลั่งจากผู้ป่วย
 เยื่อบุตา เนื้อเยื่ออ่อน สัมผัสถูกเลือดหรือสารคัดหลั่งจากผู้ป่วย
 อื่น ๆ ระบุ.....
6. บรรยายลักษณะงานที่ปฏิบัติและอุบัติเหตุที่เกิดขึ้น.....
7. ตำแหน่งอวัยวะที่เกิดอุบัติเหตุ.....
8. การปฐมพยาบาลที่ได้รับ คือ.....
9. ชื่อผู้ป่วยที่เป็นสาเหตุ.....HN.....DX.....
มีผลการตรวจเลือดและประวัติ
- | | | | | | |
|-----|-----------------------|------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|
| 9.1 | HIV Ab | <input type="checkbox"/> บวก | <input type="checkbox"/> ลบ | <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ | <input type="checkbox"/> ไม่ได้ตรวจ |
| 9.2 | HIV Ag | <input type="checkbox"/> บวก | <input type="checkbox"/> ลบ | <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ | <input type="checkbox"/> ไม่ได้ตรวจ |
| 9.3 | HBs Ag | <input type="checkbox"/> บวก | <input type="checkbox"/> ลบ | <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ | <input type="checkbox"/> ไม่ได้ตรวจ |
| 9.4 | HBs Ab | <input type="checkbox"/> บวก | <input type="checkbox"/> ลบ | <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ | <input type="checkbox"/> ไม่ได้ตรวจ |
| 9.5 | HBc Ab | <input type="checkbox"/> บวก | <input type="checkbox"/> ลบ | <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ | <input type="checkbox"/> ไม่ได้ตรวจ |
| 9.6 | ประวัติพฤติกรรมเสี่ยง | <input type="checkbox"/> มี | <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ | <input type="checkbox"/> ไม่ได้ถาม |
10. บุคลากร ทราบถึงข้อดีและข้อเสีย ของการตรวจเลือด ใช่ ไม่ใช่
 บุคลากร ยินยอมที่จะให้ตรวจเลือด ใช่ ไม่ใช่
 บุคลากร ยินดีรักษาเบื้องต้นเพื่อป้องกันเชื้อ HIV ใช่ ไม่ใช่
 บุคลากร ยินดีรักษาเบื้องต้นเพื่อป้องกันเชื้อ Hepatitis B ใช่ ไม่ใช่
11. บุคลากรมีผลการตรวจเลือดและประวัติ
- | | | | | | |
|------|-----------------------|------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|
| 11.1 | HIV Ab | <input type="checkbox"/> บวก | <input type="checkbox"/> ลบ | <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ | <input type="checkbox"/> ไม่ได้ตรวจ |
| 11.2 | HIV Ag | <input type="checkbox"/> บวก | <input type="checkbox"/> ลบ | <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ | <input type="checkbox"/> ไม่ได้ตรวจ |
| 11.3 | HBs Ag | <input type="checkbox"/> บวก | <input type="checkbox"/> ลบ | <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ | <input type="checkbox"/> ไม่ได้ตรวจ |
| 11.4 | HBs Ab | <input type="checkbox"/> บวก | <input type="checkbox"/> ลบ | <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ | <input type="checkbox"/> ไม่ได้ตรวจ |
| 11.5 | HBc Ab | <input type="checkbox"/> บวก | <input type="checkbox"/> ลบ | <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ | <input type="checkbox"/> ไม่ได้ตรวจ |
| 11.6 | ประวัติพฤติกรรมเสี่ยง | <input type="checkbox"/> มี | <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ | <input type="checkbox"/> ไม่ได้ถาม |
12. บุคลากรได้รับการรักษาเพื่อป้องกันการติดเชื้อ คือ.....

13. กรณีใช้ยาผลการตรวจเลือด

13.1 เมื่อเริ่มได้รับยา (day 0)

Hemoglobin.....g/dl Hematocrit.....% Red cell morphology.....
WBC Count.....per cu. mm.
Neutrophil.....% Lymphocytes.....% Monocytes.....%
Basophil.....% Eosinophil.....% Band from.....%

13.2 เมื่อเริ่มได้รับยาไป 14 วัน (day 14)

Hemoglobin.....g/dl Hematocrit.....% Red cell morphology.....
WBC Count.....per cu. mm.
Neutrophil.....% Lymphocytes.....% Monocytes.....%
Basophil.....% Eosinophil.....% Band from.....%

13.3 เมื่อเริ่มได้รับยาไป 28 วัน (day 28)

Hemoglobin.....g/dl Hematocrit.....% Red cell morphology.....
WBC Count.....per cu. mm.
Neutrophil.....% Lymphocytes.....% Monocytes.....%
Basophil.....% Eosinophil.....% Band from.....%

หมายเหตุ 1. กรณีหยุดยาก่อนครบกำหนด เพราะ.....
2. อื่น ๆ.....

14. ผลการตรวจเลือด Anti HIV.....ครั้ง

ครั้งที่ 1 เมื่อ.....ผล.....
ครั้งที่ 2 เมื่อ.....ผล.....
ครั้งที่ 3 เมื่อ.....ผล.....

ลงชื่อ.....บุคลากร
(.....)

วันที่.....เวลา.....น.

ลงชื่อพยานผู้เห็นเหตุการณ์ 1.....ตำแหน่ง.....
(.....) วันที่.....
2.....ตำแหน่ง.....
(.....) วันที่.....

15. ลักษณะของบาดแผลที่ผู้รับรายงานพบ.....

ลงชื่อ.....ผู้รับรายงาน
(.....)

วันที่.....เวลา.....น.

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้ดูแล
(.....)

วันที่.....เวลา.....น.