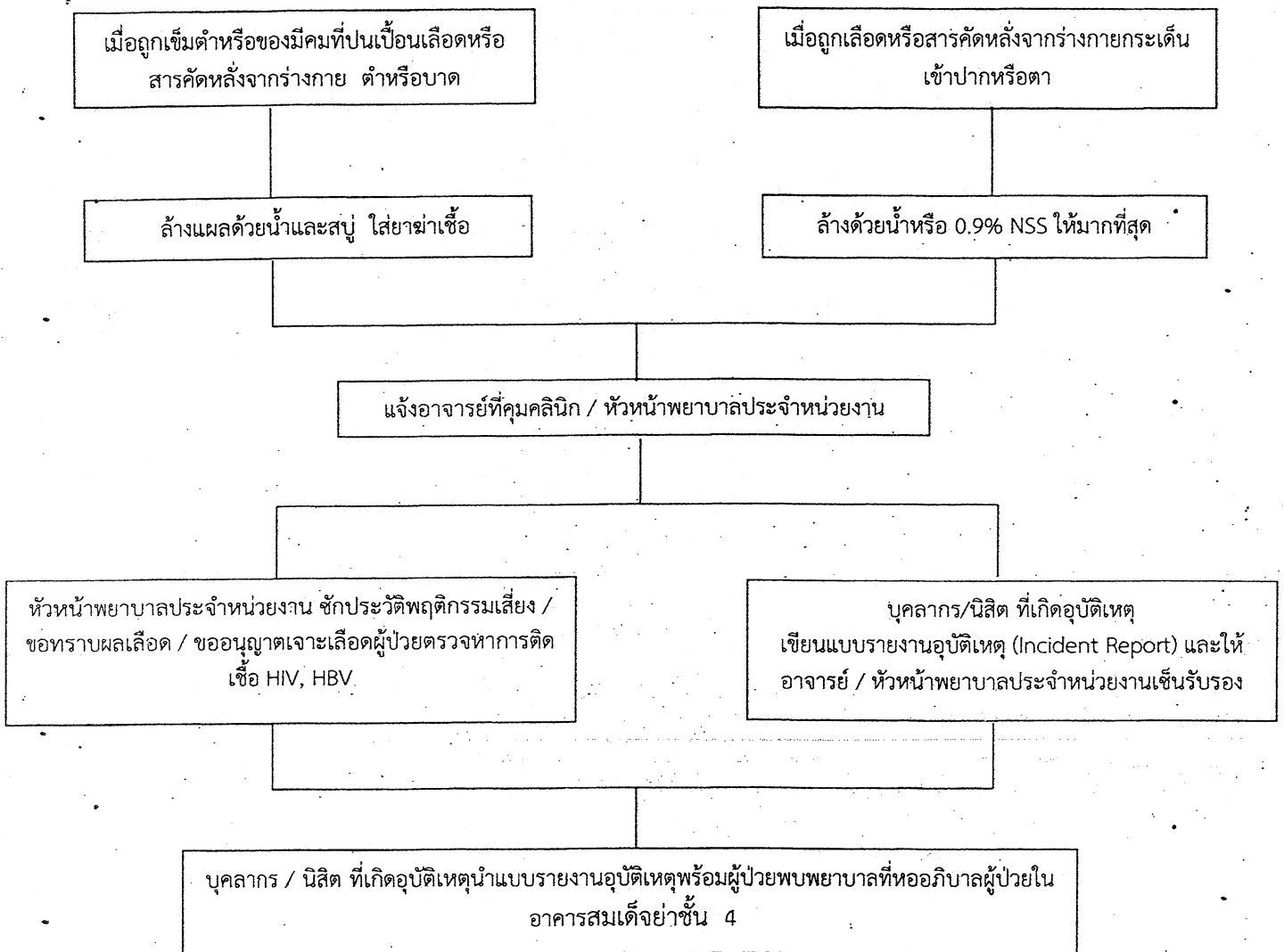


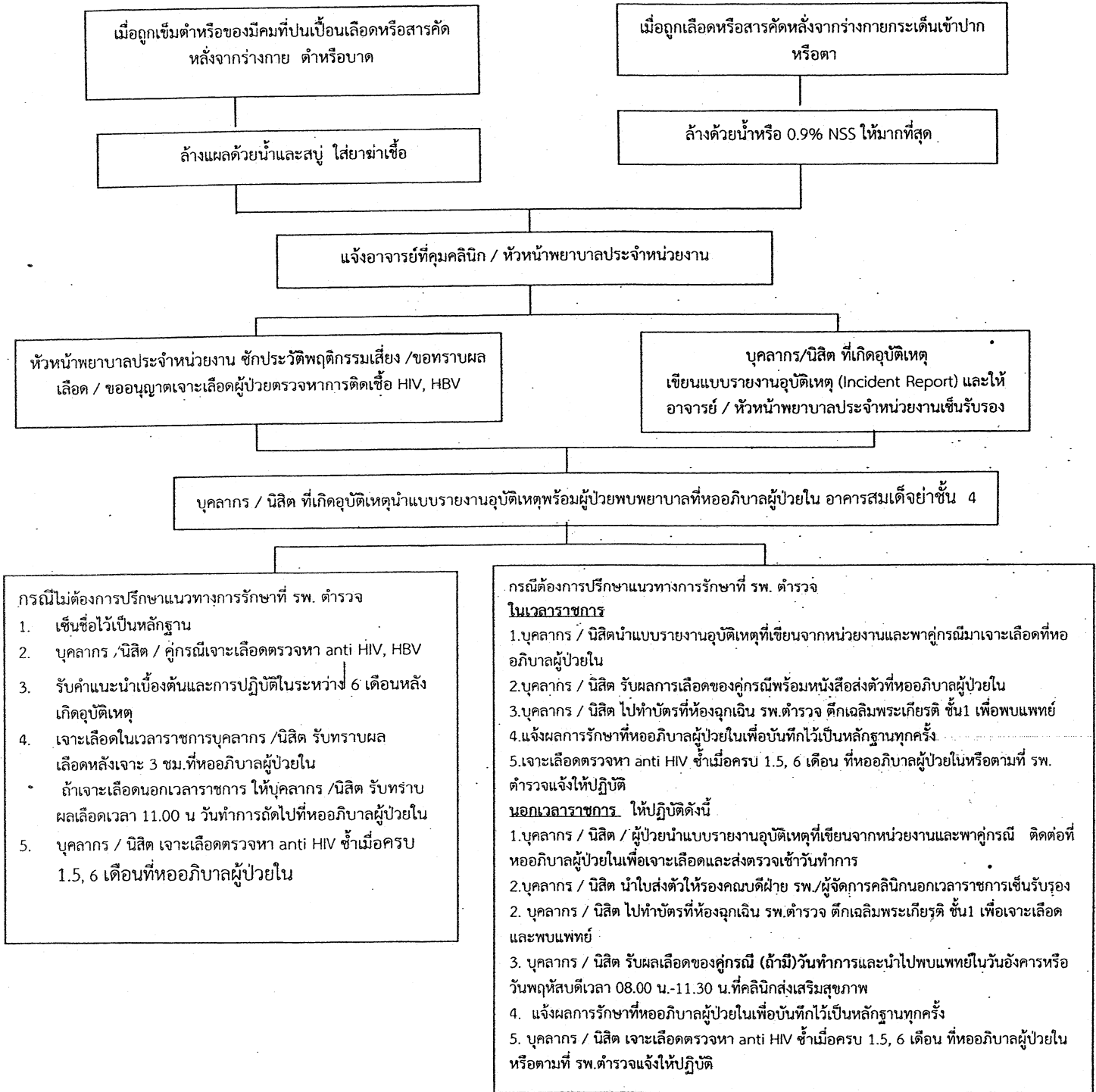
ขั้นตอนการปฏิบัติเมื่อบุคลากร / นิสิต ถูกเข็มตำหรือสัมผัสเลือด / สารคัดหลั่ง  
ในคลินิกทันตกรรม



**หมายเหตุ**

กรณีที่ต้องการรับยาต้านไวรัส ควรติดต่อกับหอพยาบาลผู้ป่วยทันทีหลังเกิดเหตุ เพื่อประสานงานกับโรงพยาบาลตำรวจ

ขั้นตอนการปฏิบัติเมื่อบุคลากร / นิสิต ถูกเข็มตำหรือสัมผัสเลือด / สารคัดหลั่ง



## ตัวอย่างแบบรายงานอุบัติเหตุ

### คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

- ชื่อภาควิชา/คลินิกที่ปฏิบัติงาน .....
- ชื่อบุคลากร .....
- ประเภทบุคลากร  
 ทันตแพทย์/ แพทย์       พยาบาล       ผู้ช่วยทันตแพทย์  
 นิสิต       คนงาน       อื่น ๆ ระบุ .....
- อุบัติเหตุเกิดขึ้นวันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .... เวลา .....
- ลักษณะอุบัติเหตุ  
 ของแหลมคม ปั่นเปื้อนเลือดหรือสารน้ำจากร่างกายผู้ป่วยที่มุดำหรือบาด  
ระบุ  มีด       แก้ว       เข็มฉีดยา       เข็มเจาะเลือด เบอร์.....  
 Explorer       Scaler  
 อื่น ๆ ระบุ .....
- ผิวหนังที่มีบาดแผล สัมผัสเลือดหรือสารน้ำจากร่างกายผู้ป่วย  
 ผิวหนังปกติ  
ช่วงเวลาที่สัมผัส       > 5 นาที       < 5 นาที  
ปริมาณเลือดหรือของเหลวที่สัมผัส       < 5 ซีซี       > 5 ซีซี  
 เชื้อनुดา เนื้อเยื่ออ่อน สัมผัสถูกเลือดหรือสารน้ำจากร่างกายผู้ป่วย
- บรรยายลักษณะงานที่ปฏิบัติและอุบัติเหตุที่เกิด .....  
ว่าของแหลมที่คมปนเปื้อนเลือดหรือสารน้ำจากร่างกายผู้ป่วยคนใดให้แจ้งแหล่งที่มาของวัตถุ  
มีคมนั้น .....
- ตำแหน่งอวัยวะที่เกิดอุบัติเหตุ .....  
ลักษณะบาดแผล .....
- การปฐมพยาบาลที่ได้รับ คือ .....
- เลือดหรือสารน้ำจากผู้ป่วย ชื่อ ..... HN .....  
 ผู้ป่วยไม่มีประวัติของโรคติดเชื้อ  
 ผู้ป่วยมีประวัติของโรคติดเชื้อ  
 HIV       Hepatitis B
- ในกรณีที่ผู้ป่วยมีประวัติของ โรคติดเชื้อ HIV ผู้ป่วยเคยกินยาต้านไวรัสเอดส์  
 ไม่เคย  
 เคย คือยา 1. .... 2. ....  
3. .... เริ่มเมื่อ ..... ถึง .....
- มีอาการแสดงของโรค คือ .....

กรณีที่ไม่ทราบ

11. ผู้ป่วยมีประวัติพฤติกรรมเสี่ยงหรือไม่

มี

ไม่มี

ไม่ได้ถาม

(ลงชื่อ) .....

(.....)

ขอรับรอง ..... ได้รับอุบัติเหตุขณะปฏิบัติงานจริง

(ลงชื่อ) .....

(.....)

ตำแหน่ง .....

หมายเหตุ (ผู้รับรองเป็นอาจารย์ผู้ดูแลนิสิตขณะนั้น / หัวหน้าหน่วย / ผู้ร่วมปฏิบัติงานขณะนั้น)

.....

ความเห็นผู้รับรายงาน .....

.....

(ลงชื่อ) .....

(.....)

ตำแหน่ง .....

ผู้รับรายงานเป็น 1 ใน 4 รายชื่อนี้

1. คณบดี

2. รองคณบดีฝ่ายโรงพยาบาล

3. รองคณบดีฝ่ายบริการ

4. ผู้ช่วยคณบดีฝ่ายโรงพยาบาล

หลังรับรายงานและสั่งดำเนินการแล้ว ให้เก็บรายงานนี้ไว้ที่ .....

รายงานผลการตรวจเลือดของบุคลากรผู้ได้รับอุบัติเหตุ

1. ผลการตรวจเลือดและประวัติ

- 1.1 HIV Ab  บวก  ลบ  ไม่ทราบ  ไม่ได้ตรวจ
- 1.2 HIV Ag  บวก  ลบ  ไม่ทราบ  ไม่ได้ตรวจ
- 1.3 HBsAg  บวก  ลบ  ไม่ทราบ  ไม่ได้ตรวจ
- 1.4 HBsAb  บวก  ลบ  ไม่ทราบ  ไม่ได้ตรวจ
- 1.5 ประวัติพฤติกรรมความเสี่ยง  มี  ไม่มี  ไม่ทราบ  ไม่ได้ตรวจ

2. บุคลากรได้รับการรักษาเพื่อป้องกันการติดเชื้อคือ .....

3. ในกรณีใช้ยา AZT ผลการตรวจเลือด

3.1 เมื่อเริ่มได้รับยา (day 0)

Hemoglobin ..... mg%      Hematocrit .....vol %

Red cell morphology .....

WBC count ..... per cu.mm.

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

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

..... per cu.mm

Platelet count

3.2 เมื่อได้รับยาแล้ว 14 วัน (day 14)

Hemoglobin ..... mg%      Hematocrit .....vol %

Red cell morphology .....

WBC count ..... per cu.mm.

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

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

..... per cu.mm

Platelet count

3.3 เมื่อได้รับยาแล้ว 28 วัน (day 28)

Hemoglobin ..... mg%      Hematocrit .....vol %

Red cell morphology .....

WBC count ..... per cu.mm.

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

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

..... per cu.mm

Platelet count

4. ผลการตรวจเลือดบุคลากรในสัปดาห์ที่ 6 หลังเกิดอุบัติเหตุ

- |            |                          |     |                          |    |                          |         |                          |            |
|------------|--------------------------|-----|--------------------------|----|--------------------------|---------|--------------------------|------------|
| 4.1 HIV Ab | <input type="checkbox"/> | บวก | <input type="checkbox"/> | ลบ | <input type="checkbox"/> | ไม่ทราบ | <input type="checkbox"/> | ไม่ได้ตรวจ |
| 4.2 HIV Ag | <input type="checkbox"/> | บวก | <input type="checkbox"/> | ลบ | <input type="checkbox"/> | ไม่ทราบ | <input type="checkbox"/> | ไม่ได้ตรวจ |
| 4.3 HBsAg  | <input type="checkbox"/> | บวก | <input type="checkbox"/> | ลบ | <input type="checkbox"/> | ไม่ทราบ | <input type="checkbox"/> | ไม่ได้ตรวจ |
| 4.4 HBsAb  | <input type="checkbox"/> | บวก | <input type="checkbox"/> | ลบ | <input type="checkbox"/> | ไม่ทราบ | <input type="checkbox"/> | ไม่ได้ตรวจ |

5. ผลการตรวจเลือดบุคลากรในเดือนที่ 3 หลังเกิดอุบัติเหตุ

- |            |                          |     |                          |    |                          |         |                          |            |
|------------|--------------------------|-----|--------------------------|----|--------------------------|---------|--------------------------|------------|
| 5.1 HIV Ab | <input type="checkbox"/> | บวก | <input type="checkbox"/> | ลบ | <input type="checkbox"/> | ไม่ทราบ | <input type="checkbox"/> | ไม่ได้ตรวจ |
| 5.2 HIV Ag | <input type="checkbox"/> | บวก | <input type="checkbox"/> | ลบ | <input type="checkbox"/> | ไม่ทราบ | <input type="checkbox"/> | ไม่ได้ตรวจ |
| 5.3 HBsAg  | <input type="checkbox"/> | บวก | <input type="checkbox"/> | ลบ | <input type="checkbox"/> | ไม่ทราบ | <input type="checkbox"/> | ไม่ได้ตรวจ |
| 5.4 HBsAb  | <input type="checkbox"/> | บวก | <input type="checkbox"/> | ลบ | <input type="checkbox"/> | ไม่ทราบ | <input type="checkbox"/> | ไม่ได้ตรวจ |

6. ผลการตรวจเลือดบุคลากรในเดือนที่ 6 หลังเกิดอุบัติเหตุ

- |            |                          |     |                          |    |                          |         |                          |            |
|------------|--------------------------|-----|--------------------------|----|--------------------------|---------|--------------------------|------------|
| 6.1 HIV Ab | <input type="checkbox"/> | บวก | <input type="checkbox"/> | ลบ | <input type="checkbox"/> | ไม่ทราบ | <input type="checkbox"/> | ไม่ได้ตรวจ |
| 6.2 HIV Ag | <input type="checkbox"/> | บวก | <input type="checkbox"/> | ลบ | <input type="checkbox"/> | ไม่ทราบ | <input type="checkbox"/> | ไม่ได้ตรวจ |
| 6.3 HBsAg  | <input type="checkbox"/> | บวก | <input type="checkbox"/> | ลบ | <input type="checkbox"/> | ไม่ทราบ | <input type="checkbox"/> | ไม่ได้ตรวจ |
| 6.4 HBsAb  | <input type="checkbox"/> | บวก | <input type="checkbox"/> | ลบ | <input type="checkbox"/> | ไม่ทราบ | <input type="checkbox"/> | ไม่ได้ตรวจ |

7. ผลการตรวจเลือดบุคลากรในสัปดาห์ที่ 12 หลังเกิดอุบัติเหตุ

- |            |                          |     |                          |    |                          |         |                          |            |
|------------|--------------------------|-----|--------------------------|----|--------------------------|---------|--------------------------|------------|
| 7.1 HIV Ab | <input type="checkbox"/> | บวก | <input type="checkbox"/> | ลบ | <input type="checkbox"/> | ไม่ทราบ | <input type="checkbox"/> | ไม่ได้ตรวจ |
| 7.2 HIV Ag | <input type="checkbox"/> | บวก | <input type="checkbox"/> | ลบ | <input type="checkbox"/> | ไม่ทราบ | <input type="checkbox"/> | ไม่ได้ตรวจ |
| 7.3 HBsAg  | <input type="checkbox"/> | บวก | <input type="checkbox"/> | ลบ | <input type="checkbox"/> | ไม่ทราบ | <input type="checkbox"/> | ไม่ได้ตรวจ |
| 7.4 HBsAb  | <input type="checkbox"/> | บวก | <input type="checkbox"/> | ลบ | <input type="checkbox"/> | ไม่ทราบ | <input type="checkbox"/> | ไม่ได้ตรวจ |

หมายเหตุ 1. กรณีหยุดยาก่อนครบ 6 สัปดาห์ เพราะ .....

.....  
.....

2. อื่น ๆ .....

.....  
.....

## แนวทางการปฏิบัติเมื่อบุคลากร / นิสิตถูกเข็มตำหรือสัมผัสเลือด / สารคัดหลั่งของผู้ป่วย

1. เมื่อถูกเข็มตำ หรือของมีคมปนเปื้อนเลือด หรือสารน้ำจากร่างกายตำหรือบาด ให้ล้างแผลด้วยน้ำและสบู่ ใส่ยาฆ่าเชื้อ 10 % Betadine Solution
2. เมื่อถูกเลือด หรือสารน้ำจากร่างกายกระเด็นเข้าปาก ตา ให้ล้างด้วยน้ำ หรือ 0.9 % NSS ให้มากที่สุด
3. แจ้งอาจารย์ที่คุมคลินิกและหัวหน้าพยาบาลประจำหน่วยงาน
4. หัวหน้าพยาบาลประจำหน่วยงานซักประวัติพฤติกรรมเสี่ยงและขอทราบผลเลือดผู้ป่วย (ถ้ามี) / ขออนุญาตเจาะเลือดผู้ป่วย เพื่อตรวจหา anti HIV ภายใน 24 – 48 ชม. (ถ้ายินยอม) ในกรณีที่ไม่ทราบแหล่งที่มาของของมีคม ให้แจ้งหัวหน้าพยาบาลทราบ เพื่อเก็บตัวอย่างที่จำเป็น
5. นิสิตหรือบุคลากรที่เกิดอุบัติเหตุ ลงบันทึกในแบบรายงานอุบัติเหตุ (Incident Report) และให้อาจารย์ที่คุมคลินิกหรือหัวหน้าหน่วยงานเซ็นรับรองว่าเกิดอุบัติเหตุขณะปฏิบัติงานจริง
6. นิสิตหรือบุคลากรที่เกิดอุบัติเหตุ นำแบบรายงานอุบัติเหตุ Incident Report พร้อมผู้ป่วย (ถ้ายินยอม) พบพยาบาลที่หออภิบาลผู้ป่วยใน ตึกสมเด็จย่า 93 ชั้น 4 ทั้งในและนอกเวลาราชการ เพื่อเลือกแนวทางการรักษาดังนี้
  - 6.1 **กรณีไม่ต้องการรับคำปรึกษาและไม่รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์แต่ต้องการเจาะเลือดตรวจ ให้ปฏิบัติดังนี้**
    - 6.1.1 เซ็นชื่อไว้เป็นหลักฐานว่าไม่ต้องการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์
    - 6.1.2 รับการเจาะเลือดตรวจหา anti HIV, HbsAg ไว้เป็นข้อมูลพื้นฐานภายใน 24-48 ชม.
    - 6.1.3 รับคำแนะนำเบื้องต้นและการปฏิบัติตนในระหว่าง 6 เดือนหลังเกิดอุบัติเหตุ
    - 6.1.4 ถ้าเจาะเลือดตรวจในเวลาราชการ ให้มารับทราบผลเลือดหลังเจาะเลือด 3 ชม. ถ้าเจาะนอกเวลาราชการรับผลในวันทำการถัดไป เวลา 11.00 น. ที่หออภิบาลผู้ป่วย
    - 6.1.5 รับการเจาะเลือดตรวจหา anti HIV ซ้ำเมื่อครบ 3 เดือน , 6 เดือน
  - 6.2 **กรณีต้องการรับคำปรึกษาและรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ต่อเนื่อง ให้ปฏิบัติดังนี้**
    - 6.2.1 นำผู้ป่วย (ถ้ายินยอม) มารับการเจาะเลือด ตรวจหา anti HIV, HbsAg ไว้เป็นข้อมูลพื้นฐานภายใน 24-48 ชม. หลังเกิดอุบัติเหตุ และให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้
    - 6.2.2 รับแบบส่งตัวพร้อมแบบรายงานอุบัติเหตุ นำไปเสนอผู้ช่วยคณบดีฝ่ายโรงพยาบาลเพื่อขออนุมัติ
    - 6.2.3 นำแบบส่งตัวที่อนุมัติแล้วพร้อมแบบรายงานอุบัติเหตุ และเลือดผู้ป่วยไปปรึกษาต่อที่ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพโรงพยาบาลตำรวจ
    - 6.2.4 ในวันรุ่งขึ้น หลังจากไปปรึกษาที่ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลตำรวจแล้ว ให้นำสำเนาบัตรประชาชน แลเขียนคำร้องขอหนังสือรับรองค่าใช้จ่าย ส่งที่หออภิบาลผู้ป่วยใน เพื่อดำเนินการให้คณบดีเซ็นอนุมัติ
    - 6.2.5 รับหนังสือรับรองค่าใช้จ่ายการรักษาที่คณบดีเซ็นอนุมัติแล้ว ภายหลังจาก 3 วัน ที่หออภิบาลผู้ป่วยใน แลนำส่งศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลตำรวจ ในวันนัดตรวจติดตามผล
    - 6.2.6 แจ้งผลการรักษา และผลเลือดที่หออภิบาลผู้ป่วยในทุกครั้งที่ตรวจติดตามผล เพื่อบันทึกไว้เป็นหลักฐาน
    - 6.2.7 นำไป Refer, Incident report มาคืนที่หออภิบาลผู้ป่วยใน เมื่อรับประทานยาครบ 1 เดือนแล้ว

**หมายเหตุ** 1. รับแบบฟอร์มรายงานการเกิดอุบัติเหตุ (Incident Report) ได้ที่

- |                 |                            |
|-----------------|----------------------------|
| คลินิกรวมชั้น 1 | คุณ วาสนา เอี่ยมจรัส       |
| คลินิกรวมชั้น 2 | คุณ พรทิพย์ วัฒกุลสิน      |
| คลินิกรวมชั้น 3 | คุณ ภาวนา เกษตรเสริมวิริยะ |