



แบบรายงานการเฝ้าระวังอุบัติเหตุบนเรือนเลือดและสารคัดหลั่งของทันตบุคลากร
โรงพยาบาลทันตกรรม

ลำดับที่

1. ชื่อหน่วย/งานสังกัด
2. ชื่อบุคลากร รหัส
อายุ ปี เพศ
3. ประเภทบุคลากร
☐ แพทย์ ☐ ทันตแพทย์ ☐ พยาบาล
☐ ผู้ช่วยพยาบาล ☐ ผู้ช่วยทันตแพทย์ ☐ อื่น ๆ ระบุ
4. อุบัติเหตุที่เกิดขึ้น วันที่ เวลา น.
สถานที่
5. ลักษณะอุบัติเหตุ
☐ ของแหลมคมที่ปนเปื้อนเลือด หรือสารน้ำจากร่างกายผู้ป่วย ทิ่มตำ หรือบาด
ระบุ ☐ มีด ☐ แก้ว ☐ เข็ม ☐ อื่น ๆ
☐ ผิวหนังที่มีบาดแผล สัมผัสถูกเลือดหรือสารน้ำจากร่างกายผู้ป่วย
☐ เยื่อบุตา เนื้อเยื่ออ่อน สัมผัสถูกเลือดหรือสารน้ำจากร่างกายผู้ป่วย
☐ อื่น ๆ ระบุ
6. ความเสี่ยงของอุบัติเหตุ
 - 6.1 ความลึกของการสัมผัสเชื้อ
☐ โดนที่พื้นผิว ☐ แหว่งทะลุผิวหนัง หรือเยื่อเมือก
 - 6.2 เห็นเลือดติดอยู่ที่เครื่องมือที่มาตำ
☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
 - 6.3 เครื่องมือที่มาตำเคยอยู่ในเส้นเลือดผู้ป่วย
☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
 - 6.4 ระดับของผู้ติดเชื้อ HIV ที่เป็นแหล่งของเชื้อ
☐ ผลเลือดเป็นลบ ต่อ ☐ HIV Ab ☐ HIV Ag
☐ ติดเชื้อไม่มีอาการ
☐ ติดเชื้อมีอาการ
☐ เป็นเอดส์



แบบรายงานการเฝ้าระวังอุบัติเหตุปนเปื้อนเลือดและสารคัดหลั่งของทันตบุคลากร
โรงพยาบาลทันตกรรม

7. ตำแหน่งอวัยวะที่เกิดอุบัติเหตุ
8. การปฏิบัติเบื้องต้นก่อนได้รับอุบัติเหตุ.....
9. ประวัติผู้ป่วยที่เป็นเจ้าของเลือดหรือสารคัดหลั่ง ในการเกิดอุบัติเหตุ
- 9.1 ชื่อ อาชีพ
- (ที่อยู่ ที่สามารถติดต่อได้)
- 9.2 ผลการตรวจเลือดเดิม (ถ้ามี)
- 9.2.1 HIV Ab ☐ บวก ☐ ลบ ☐ ไม่ทราบ ☐ ไม่ได้ตรวจ
- 9.2.2 HIV Ag ☐ บวก ☐ ลบ ☐ ไม่ทราบ ☐ ไม่ได้ตรวจ
- 9.2.3 HBsAg ☐ บวก ☐ ลบ ☐ ไม่ทราบ ☐ ไม่ได้ตรวจ
- 9.2.4 HBsAb ☐ บวก ☐ ลบ ☐ ไม่ทราบ ☐ ไม่ได้ตรวจ
- 9.2.5 HBcAb ☐ บวก ☐ ลบ ☐ ไม่ทราบ ☐ ไม่ได้ตรวจ
- 9.2.6 ประวัติพฤติกรรมเสี่ยง ☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ ☐ ไม่ได้ตรวจ
- 9.2.7 ไม่ทราบผู้ป่วยเป็นใคร/ไม่สามารถติดตามผู้ป่วยได้
10. บุคลากร ทราบถึงข้อดี ข้อเสีย ของการตรวจเลือด ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
- บุคลากร ยินยอมที่จะให้ตรวจเลือด ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
- บุคลากร ยินดีรักษาขั้นต้นเพื่อป้องกันการติดเชื้อ HIV ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
- บุคลากร ยินดีรักษาขั้นต้นเพื่อป้องกันการติดเชื้อ Hepatitis B ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

ลงชื่อ..... บุคลากร ลงชื่อ..... (กรรมการเฝ้าระวัง)

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

ลงชื่อ.....

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ทพ.นฤทธิ ลิ้มพงษ์)

รองคณบดีฝ่ายโรงพยาบาลทันตกรรม



แบบรายงานการเฝ้าระวังอุบัติเหตุปนเปื้อนเลือดและสารคัดหลั่งของทันตบุคลากร
โรงพยาบาลทันตกรรม

11. บุคลากรเริ่มมีผลการตรวจเลือดและประวัติ

- | | | | | |
|----------------------------|------------------------------|-----------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|
| 11.1 HIV Ab | ☐ บวก | ☐ ลบ | ☐ ไม่ทราบ | ☐ ไม่ได้ตรวจ |
| 11.2 HIV Ag | ☐ บวก | ☐ ลบ | ☐ ไม่ทราบ | ☐ ไม่ได้ตรวจ |
| 11.3 HBsAg | ☐ บวก | ☐ ลบ | ☐ ไม่ทราบ | ☐ ไม่ได้ตรวจ |
| 11.4 HBsAb | ☐ บวก | ☐ ลบ | ☐ ไม่ทราบ | ☐ ไม่ได้ตรวจ |
| 11.5 ประวัติพฤติกรรมเสี่ยง | ☐ บวก | ☐ ลบ | ☐ ไม่ทราบ | ☐ ไม่ได้ตรวจ |

12. ผลการตรวจเลือดเมื่อเกิดอุบัติเหตุ ภายใน ชั่วโมง

- | | | | |
|-------------|------------------------------|-----------------------------|-------------------------------------|
| 12.1 HIV Ab | ☐ บวก | ☐ ลบ | ☐ ไม่ได้ตรวจ |
| 12.2 HIV Ag | ☐ บวก | ☐ ลบ | ☐ ไม่ได้ตรวจ |

13. บุคลากรได้รับการรักษาเพื่อป้องกันการติดเชื้อคือ.....
.....

14. ในกรณีใช้ยา AZT ผลการตรวจเลือด

14.1 เมื่อเริ่มได้รับยา (day 0)

Hemoglobin mg% Hematocrit vol%
Red cell morphology
WBC Countper cu.mm.
Neutrophil% Lymphocyte% Monocytes%
Basophil% Eosinophil% Band form%
Platelet Countper cu.mm.

14.2 เมื่อได้รับยาแล้ว 14 วัน (day 14)

Hemoglobin mg% Hematocrit vol%
Red cell morphology
WBC Count per cu.mm.
Neutrophil% Lymphocyte% Monocytes%
Basophil% Eosinophil% Band form%
Platelet Countper cu.mm.

14.3 เมื่อได้รับยาแล้ว 28 วัน (day 28)

Hemoglobin mg% Hematocrit vol%
Red cell morphology
WBC Count per cu.mm.
Neutrophil% Lymphocyte% Monocytes%
Basophil% Eosinophil% Band form%
Platelet Countper cu.mm.



แบบรายงานการเฝ้าระวังอุบัติเหตุปนเปื้อนเลือดและสารคัดหลั่งของทันตบุคลากร
โรงพยาบาลทันตกรรม

15. ผลการตรวจเลือดบุคลากรในสัปดาห์ที่ 6 หลังเกิดอุบัติเหตุ
- | | | | | |
|-------------|------------------------------|-----------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|
| 15.1 HIV Ab | ☐ บวก | ☐ ลบ | ☐ ไม่ทราบ | ☐ ไม่ได้ตรวจ |
| 15.2 HIV Ag | ☐ บวก | ☐ ลบ | ☐ ไม่ทราบ | ☐ ไม่ได้ตรวจ |
| 15.3 HBsAg | ☐ บวก | ☐ ลบ | ☐ ไม่ทราบ | ☐ ไม่ได้ตรวจ |
| 15.4 HBsAb | ☐ บวก | ☐ ลบ | ☐ ไม่ทราบ | ☐ ไม่ได้ตรวจ |
16. ผลการตรวจเลือดบุคลากรในเดือนที่ 3 หลังเกิดอุบัติเหตุ
- | | | | | |
|-------------|------------------------------|-----------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|
| 16.1 HIV Ab | ☐ บวก | ☐ ลบ | ☐ ไม่ทราบ | ☐ ไม่ได้ตรวจ |
| 16.2 HIV Ag | ☐ บวก | ☐ ลบ | ☐ ไม่ทราบ | ☐ ไม่ได้ตรวจ |
| 16.3 HBsAg | ☐ บวก | ☐ ลบ | ☐ ไม่ทราบ | ☐ ไม่ได้ตรวจ |
| 16.4 HBsAb | ☐ บวก | ☐ ลบ | ☐ ไม่ทราบ | ☐ ไม่ได้ตรวจ |
17. ผลการตรวจเลือดบุคลากรในเดือนที่ 6 หลังเกิดอุบัติเหตุ
- | | | | | |
|-------------|------------------------------|-----------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|
| 15.1 HIV Ab | ☐ บวก | ☐ ลบ | ☐ ไม่ทราบ | ☐ ไม่ได้ตรวจ |
| 15.2 HIV Ag | ☐ บวก | ☐ ลบ | ☐ ไม่ทราบ | ☐ ไม่ได้ตรวจ |
| 15.3 HBsAg | ☐ บวก | ☐ ลบ | ☐ ไม่ทราบ | ☐ ไม่ได้ตรวจ |
| 15.4 HBsAb | ☐ บวก | ☐ ลบ | ☐ ไม่ทราบ | ☐ ไม่ได้ตรวจ |
18. ผลการตรวจเลือดบุคลากรในเดือนที่ 12 หลังเกิดอุบัติเหตุ
- | | | | | |
|-------------|------------------------------|-----------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|
| 15.1 HIV Ab | ☐ บวก | ☐ ลบ | ☐ ไม่ทราบ | ☐ ไม่ได้ตรวจ |
| 15.2 HIV Ag | ☐ บวก | ☐ ลบ | ☐ ไม่ทราบ | ☐ ไม่ได้ตรวจ |
| 15.3 HBsAg | ☐ บวก | ☐ ลบ | ☐ ไม่ทราบ | ☐ ไม่ได้ตรวจ |
| 15.4 HBsAb | ☐ บวก | ☐ ลบ | ☐ ไม่ทราบ | ☐ ไม่ได้ตรวจ |

หมายเหตุ 1. กรณีหยุดยาก่อนครบ 6 สัปดาห์ เพราะ

2. อื่น ๆ.....