แบบรายงานการเฝ้าระวังอุบัติเหตุปนเปื้อนเลือดและสารคัดหลั่งของทันตบุคลากร
โรงพยาบาลทันตกรรม

ลำดับที่ .....

1. ชื่อหน่วย/งาน ..... สังกัด .....

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 ☐ แทงทะลุผิวหนัง 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
    บุคลการ ยินดีรักษาขั้นต้นเพื่อป้องกันการติดเชื้อ HIV ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
    บุคลการ ยินดีรักษาขั้นต้นเพื่อป้องกันการติดเชื้อ Hepatitis B ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

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

ลงชื่อ.....
(รศ.ทพ.นพ.สุรพงษ์ วงศ์วัชรานนท์)
รองคณบดีฝ่ายโรงพยาบาลทันตกรรม

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 O)

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

14.3 เมื่อได้รับยาแล้ว 28 วัน (day 28)

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