

แบบรายงานการติดเชื้อโรคเอดส์อันเนื่องมาจากการปฏิบัติหน้าที่

ที่ทำการ.....(1).....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....เวลา.....(2).....

ข้าพเจ้า.....(3).....ตำแหน่ง.....

สังกัด/สถานศึกษา.....(4).....จังหวัด.....

ขอยื่นรายงานต่อ.....(5).....ว่าสงสัยจะได้รับเชื้อโรคเอดส์.
เนื่องจากการปฏิบัติงานหน้าที่

.....
.....
.....

ลายมือชื่อ.....(3).....

(.....)

เสนอ.....(7).....

ได้รับรายงานและตรวจสอบแล้ว เห็นสมควรดำเนินการตรวจสอบเลือดได้

- () ผู้ได้รับอุบัติเหตุทราบรายละเอียดการตรวจสอบเลือดแล้ว ยินยอมให้ตรวจ
- () ผู้ได้รับอุบัติเหตุทราบรายละเอียดการตรวจสอบเลือดแล้ว แต่ไม่สมัครใจตรวจเลือด

ลงชื่อ.....(5).....วันที่.....เวลา.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

คำอนุมัติ

คำอนุมัติให้ดำเนินการตรวจสอบเลือดได้

ลงชื่อ.....(7).....วันที่.....เวลา.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

เพื่อคุ้มครองผู้ติดเชื้อการรายงานควรดำเนินการเป็นเรื่องลับหรือปกปิด

คำอธิบาย

- (1) หมายถึง หน่วยงานที่ท่านปฏิบัติงานอยู่
- (2) หมายถึง เวลาที่รายงาน (ภายใน 24 ชั่วโมง หลังเกิดอุบัติเหตุ)
- (3) หมายถึง ชื่อ-สกุล ผู้ได้รับอุบัติเหตุ
- (4) หมายถึง สสอ.....หรือโรงพยาบาล.....สังกัดกรม.....
- (5) หมายถึง หัวหน้าหน่วยงานระดับต้น เช่น หัวหน้าสถานีอนามัย หัวหน้าฝ่าย / กลุ่มการฯ
- (6) หมายถึง เวลา ,สถานที่ ,กิจกรรมที่ปฏิบัติ ,ลักษณะการเกิดอุบัติเหตุ ,อวัยวะที่ได้รับอุบัติเหตุ ,ความรุนแรง
- (7) หมายถึง หัวหน้าหน่วยงาน เช่น สาธารณสุขอำเภอ ,ผู้อำนวยการโรงพยาบาล