ลำดับที่.....

แบบฟอร์มที่ 1

แบบบันทึกและรายงานอุบัติเหตุในการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข

1. ชื่อหน่วยงาน.....จังหวัด.....หน่วยงานย่อย.....
2. ชื่อบุคลากร.....Soundex code.....อายุ.....ปี เพศ.....
3. ประเภทบุคลากร ( ) แพทย์ ( ) พยาบาล ( ) อื่น ๆ ระบุ.....
4. อุบัติเหตุฯที่เกิดขึ้น วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....เวลา.....

   สถานที่เกิดอุบัติเหตุ ( ) ห้องเตรียมยาฉีด ( ) ห้องล้างเครื่องมือ

   ( ) ข้างเตียงผู้ป่วย ( ) อื่น ๆ ระบุ.....

   การใช้อุปกรณ์ป้องกันขณะเกิดอุบัติเหตุ ( ) ไม่ได้ใช้ ( ) ใช้ โปรดระบุ.....

   ( ) ถุงมือ ( ) Mask ( ) แว่นตา ( ) ผ้ายางกันเปื้อน ( ) รองเท้าบู๊ท ( ) อื่น ๆ .....
5. ลักษณะอุบัติเหตุฯ

   ( ) ของแหลมคมที่ปนเปื้อนเลือดหรือสารคัดหลั่งจากผู้ป่วย ทิ่มตำ หรือบาด

   ระบุ ( ) มีด ( ) แก้ว ( ) เข็ม ( ) อื่น ๆ .....

   ( ) ผิวหนังที่มีบาดแผล สัมผัสถูกเลือดหรือสารคัดหลั่งจากผู้ป่วย

   ( ) เยื่อบุตา เนื้อเยื่ออ่อน สัมผัสถูกเลือดหรือสารคัดหลั่งจากผู้ป่วย

   ( ) อื่น ๆ ระบุ.....
6. อุบัติเหตุฯที่เกิดขึ้น ( ) เกิดก่อนปฏิบัติกิจกรรม ( ) เกิดขณะปฏิบัติกิจกรรม ( ) เกิดหลังปฏิบัติกิจกรรม
7. บรรยายลักษณะงานที่ปฏิบัติขณะเกิดอุบัติเหตุ (อย่างละเอียด).....

   .....

   .....
8. ตำแหน่งอวัยวะที่เกิดอุบัติเหตุฯ.....
9. การปฐมพยาบาลที่ได้รับ คือ.....

   .....
10. ผู้ป่วย / ผู้รับบริการมีผลการตรวจเลือดและประวัติ

10.1 HIV Ab	( ) บวก	( ) ลบ	( ) ไม่ทราบ	( ) ไม่ได้ตรวจ
10.2 HIV Ag	( ) บวก	( ) ลบ	( ) ไม่ทราบ	( ) ไม่ได้ตรวจ
10.3 HBS Ag	( ) บวก	( ) ลบ	( ) ไม่ทราบ	( ) ไม่ได้ตรวจ
10.4 HBS Ab	( ) บวก	( ) ลบ	( ) ไม่ทราบ	( ) ไม่ได้ตรวจ
10.5 HBC Ab	( ) บวก	( ) ลบ	( ) ไม่ทราบ	( ) ไม่ได้ตรวจ
10.6 ประวัติพฤติกรรมเสี่ยง	( ) มี	( ) ไม่มี	( ) ไม่ทราบ	( ) ไม่ได้ถาม

11. บุคลากรฯ ทราบถึงข้อดี ข้อเสีย ของการตรวจเลือด ( ) ใช่ ( ) ไม่ใช่

    บุคลากรฯ ยินยอมที่จะให้ตรวจเลือด ( ) ใช่ ( ) ไม่ใช่

    บุคลากรฯ ยินดีรักษาขั้นต้นเพื่อป้องกันเชื้อ HIV ( ) ใช่ ( ) ไม่ใช่

    บุคลากรฯ ยินดีรักษาขั้นต้นเพื่อป้องกันเชื้อ Hepatitis B ( ) ใช่ ( ) ไม่ใช่

<u>เพื่อควบคุมผู้ติดเชื้อฯ การรายงานควรดำเนินการเป็นเรื่องลับ หรือปกปิด</u>

12. บุคลากรฯ ผลการตรวจเลือดและประวัติ

12.1 HIV Ab ( ) บวก ( ) ลบ ( ) ไม่ทราบ ( ) ไม่ได้ตรวจ

12.2 HIV Ag ( ) บวก ( ) ลบ ( ) ไม่ทราบ ( ) ไม่ได้ตรวจ

12.3 HBS Ag ( ) บวก ( ) ลบ ( ) ไม่ทราบ ( ) ไม่ได้ตรวจ

12.4 HBS Ab ( ) บวก ( ) ลบ ( ) ไม่ทราบ ( ) ไม่ได้ตรวจ

12.5 HBC Ab ( ) บวก ( ) ลบ ( ) ไม่ทราบ ( ) ไม่ได้ตรวจ

12.6 ประวัติพฤติกรรมเสี่ยง ( ) มี ( ) ไม่มี ( ) ไม่ทราบ ( ) ไม่ได้ถาม

13. บุคลากรได้รับการรักษาเพื่อป้องกันการติดเชื้อ คือ.....

.....

.....

14. ในกรณีใช้ยาต้านไวรัส ผลการตรวจเลือดเมื่อเริ่มได้รับยา (day 0)

Hemoglobin.....mg% Hematocrit.....Vol% Red cell morphology.....

WBC Count.....per cu.mm. Neutrophril.....% Lymphocyte.....%

Monocyte.....% Basophil.....% Band form.....%

ลงชื่อ.....(บุคลากร) ลงชื่อ.....(แพทย์ผู้ดูแล)

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

วันที่...../...../.....

ลำดับ	กิจกรรม	ยังไม่ได้ทำ	ทำแล้ว	หมายเหตุ
1.	<u>สำหรับเจ้าหน้าที่ที่ได้รับอุบัติเหตุขณะปฏิบัติงาน</u> 1.1 ทำความสะอาดอวัยวะที่ได้รับอุบัติเหตุทันที			
	1.2 รายงานให้ผู้บังคับบัญชาทราบ ภายใน 24 ชั่วโมง			
	1.3 พบแพทย์เพื่อพิจารณารับยาต้านไวรัส เร็วที่สุด			
	1.4 พบผู้ให้คำปรึกษาเพื่อรับคำปรึกษาและเจาะเลือดหาเชื้อเอดส์ ภายใน 72 ชั่วโมง			
	1.5 งดบริจาคโลหิต อวัยวะต่าง ๆ และมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย			
2.	<u>สำหรับผู้บังคับบัญชา</u> 2.1 ให้กำลังใจและให้คำปรึกษาฯหลังได้รับอุบัติเหตุ และติดตามการตรวจเลือดทุก 3 เดือนจนครบ 1 ปี			
	2.2 รวบรวมข้อมูลและรายงานผู้บังคับบัญชาระดับสูงตามลำดับ			

ลงชื่อ.....(ผู้อำนวยการโรงพยาบาล/สาธารณสุขอำเภอ)

(.....)

วันที่...../...../.....