


| | | | |
|---|--|---|------------------|
|  | วิธีปฏิบัติงาน โรงพยาบาล ภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ | เรื่อง แนวทางการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในบุคลากร ทางการแพทย์หลังการสัมผัสจากการทำงาน | |
| | | รหัสเอกสาร WI-IC-01.26 | แก้ไขครั้งที่ 01 |
| | | วันที่บังคับใช้ 1 ตุลาคม 2562 | หน้า 1 จาก 11 |
| ผู้รับผิดชอบ (นางอภิขงษา อัครกิตติศักดิ์) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ เลขานุการงานการป้องกันและ ควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล | ผู้ตรวจสอบ (นางเพ็ญฉวี ดาปราบ) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล | ผู้อนุมัติ (นายสิทธิชัย คุณะวัฒน์กุล) นายแพทย์ชำนาญการ ประธานคณะกรรมการป้องกันและ ควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล | |

1. วัตถุประสงค์/เป้าหมาย/จุดเน้น

1.1 เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติงานของบุคลากร ในโรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ

2. คำจำกัดความ

2.1 บุคลากรทางการแพทย์ หมายถึง บุคลากรใด ๆ ที่ทำงานในหน่วยงานต่าง ๆ ภายในโรงพยาบาลซึ่งมีโอกาสที่จะสัมผัสกับสิ่งปนเปื้อนที่ก่อให้เกิดการติดเชื้อซึ่งมีความหมายรวมถึงเลือดและสารคัดหลั่งต่าง ๆ เช่น น้ำอสุจิ สารคัดหลั่งในช่องคลอด เนื้อเยื่อ น้ำไขสันหลัง น้ำไขข้อ น้ำในช่องปอด เป็นต้น

2.2 การสัมผัสจากการทำงาน (occupational exposures) หมายถึง การสัมผัสที่ก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ได้แก่

2.2.1 การได้รับบาดเจ็บผ่านผิวหนัง (percutaneous injury) ได้แก่ ถูกเข็มตำ ถูกมีดบาด เป็นต้น

2.2.2 การสัมผัสเยื่อเมือก (contact of mucous membrane) ได้แก่ เลือดกระเซ็นเข้าตา ปาก

เป็นต้น

2.2.3 การสัมผัสผิวหนังที่ไม่ปกติ (contact of non-intact skin) ได้แก่ การสัมผัสกับผิวหนังที่มีบาดแผลหรือผิวหนังที่มีผื่นแพ้ ผิวหนังอักเสบ (dermatitis)

3. รายละเอียด/กระบวนการ

3.1 แนวทางการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในบุคลากรทางการแพทย์หลังการสัมผัสจากการทำงาน (HIV occupational Post-Exposure Prophylaxis : HIV oPEP (เอกสารแนบท้าย 1)

4. ตัวชี้วัด

4.1 การปฏิบัติตามแนวทาง

5. เอกสารอ้างอิง

5.1 Thailand National Guidelines on HIV/AIDS Treatment and Prevention 2017

6. ภาคผนวก

-



แนวทางการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี
ในบุคลากรทางการแพทย์หลังการสัมผัสจากการทำงาน
(HIV occupational Post-Exposure Prophylaxis : HIV oPEP)

นิยาม :

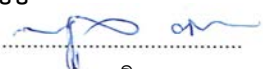


บุคลากรทางการแพทย์หมายถึงบุคลากรใด ๆ ที่ทำงานในหน่วยงานต่าง ๆ ภายในโรงพยาบาลซึ่งมีโอกาสที่จะสัมผัสกับสิ่งปนเปื้อนที่ก่อให้เกิดการติดเชื้อซึ่งมีความหมายรวมถึงเลือดและสารคัดหลั่งต่าง ๆ เช่น น้ำอสุจิ สารคัดหลั่งในช่องคลอด เนื้อเยื่อ น้ำไขสันหลัง น้ำไขข้อ น้ำในช่องปอด เป็นต้น

การสัมผัสจากการทำงาน (occupational exposures) หมายถึง การสัมผัสที่ก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ได้แก่

- การได้รับบาดเจ็บผ่านผิวหนัง (percutaneous injury) ได้แก่ ถูกเข็มตำ ถูกมีดบาด เป็นต้น
- การสัมผัสเยื่อเมือก (contact of mucous membrane) ได้แก่ เลือดกระเซ็นเข้าตา ปาก เป็นต้น
- การสัมผัสผิวหนังที่ไม่ปกติ (contact of non-intact skin) ได้แก่ การสัมผัสกับผิวหนังที่มีบาดแผลหรือผิวหนังที่มีผื่นแพ้ ผื่นอักเสบ (dermatitis)

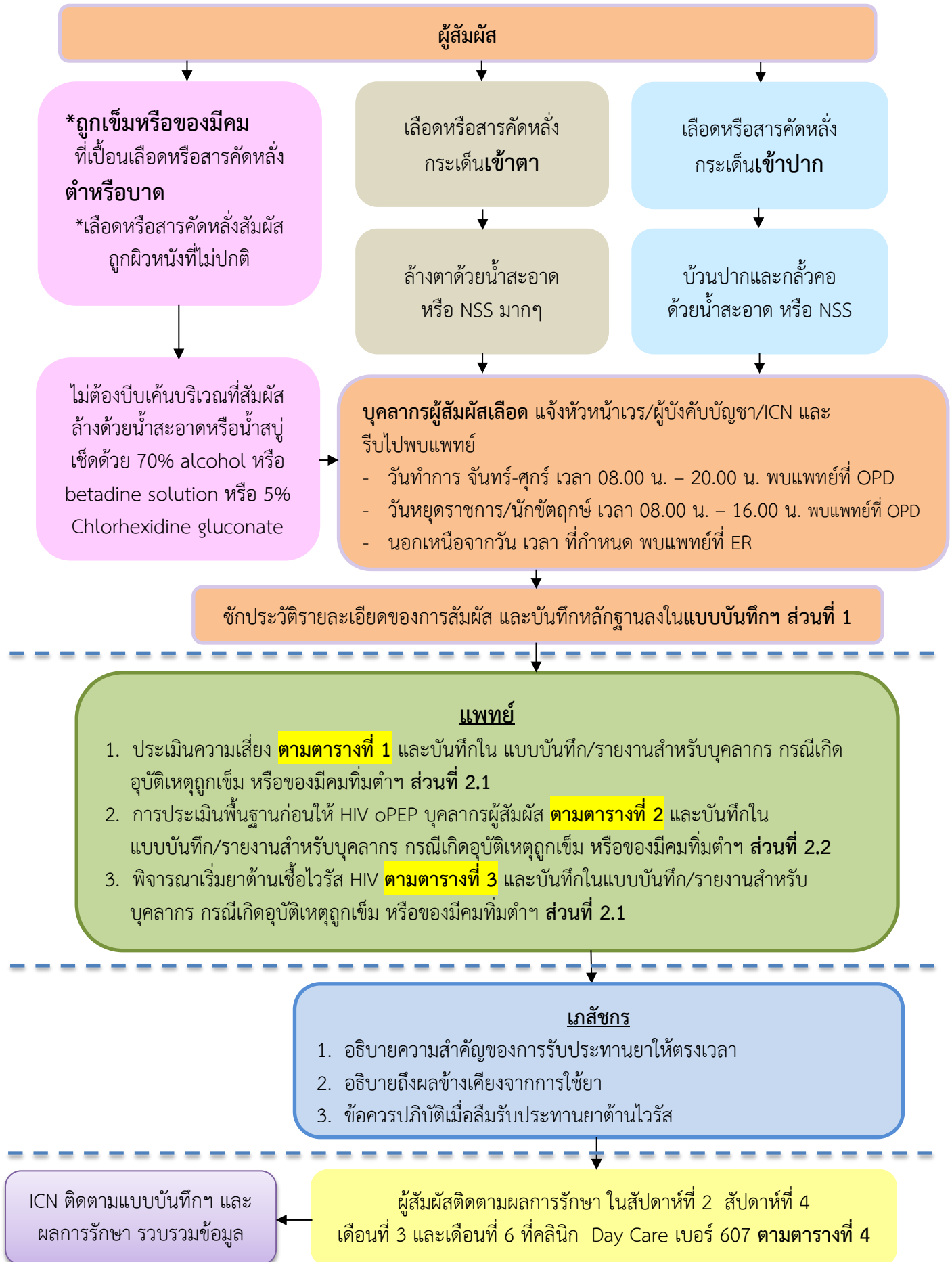
แนวทางการปฏิบัติ

- เมื่อบุคลากรทางการแพทย์สัมผัสเลือดหรือสารคัดหลั่งขณะปฏิบัติงาน **ดูตามแผนภูมิที่ 1**
- ประเมินความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีในบุคลากรทางการแพทย์ **ดูตามตารางที่ 1**
- ประเมินพื้นฐานก่อนให้ยา HIV oPEP และติดตามหลังให้ HIV oPEP **ดูตามตารางที่ 2**
- การพิจารณาเลือกสูตรยาต้านเอชไอวี พิจารณาตาม **ตารางที่ 3**
- การประเมินติดตามบุคลากรทางการแพทย์ที่สัมผัสหลังให้ HIV oPEP **ตามตารางที่ 4**

| | | |
|---|--|--|
| <p>ผู้รับผิดชอบ ลงชื่อ  นางนฤมล ติตขม นายแพทย์ ชำนาญการ อายุรแพทย์ วันที่ 2 มีนาคม 2561</p> | <p>ผู้ทบทวน ลงชื่อ  นายนิวัฒน์ ขจัดपाल นายแพทย์ ปฏิบัติการ ประธานคณะกรรมการประสานงานการพัฒนาคคุณภาพ วันที่ 2 มีนาคม 2561</p> | <p>ผู้อนุมัติ ลงชื่อ  นายสุภาพ สำราญวงศ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ วันที่ 2 มีนาคม 2561</p> |
|---|--|--|

F-CPG-IC-001 (แก้ไขครั้งที่ 03 - 02/03/61)

แผนภูมิที่ 1 แนวปฏิบัติเมื่อบุคลากรทางการแพทย์สัมผัสเลือดหรือสารคัดหลั่งขณะปฏิบัติงาน



เอกสารนี้เป็นสมบัติของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ฯ ห้ามนำออกไปใช้ภายนอกหรือทำซ้ำโดยไม่ได้รับอนุญาต

ตารางที่ 1 ประเมินความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีในบุคลากรทางการแพทย์

| สาเหตุการสัมผัสเชื้อ | ร้อยละความเสี่ยงต่อครั้ง |
|----------------------------|--------------------------|
| ถูกเข็มตำ หรือมีบาด | 0.3 |
| การสัมผัสเยื่อ | 0.09 |
| การสัมผัสผิวหนังที่ไม่ปกติ | < 0.09 |

โดยทั่วไปการสัมผัสกับผิวหนังปกติไม่ถือว่าเป็นความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี และไม่มีควมจำเป็นที่ต้องได้รับยาป้องกันการติดเชื้อ

ตารางที่ 2 การประเมินพื้นฐานก่อนให้ HIV oPEP และการประเมินติดตามหลังให้ HIV oPEP

| การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ¹ | ผู้ป่วย | บุคลากรทางการแพทย์ | | | | |
|---|---------|--------------------|--------------------|-----------|---------|----------------|
| | | ระหว่างการกินยา | | การติดตาม | | |
| | | Baseline | เมื่อมีอาการบ่งชี้ | 1 เดือน | 3 เดือน | 6 เดือน |
| Anti-HIV (same-day result) ² | ✓ | ✓ | ✓ ³ | ✓ | ✓ | ✓ ² |
| CBC, Cr, SGPT, SGOT, BUN, UA | - | ✓ | ✓ ⁴ | - | - | - |
| HIV PCR or VL | - | - | ✓ ³ | - | - | - |
| HBsAg | ✓ | ✓ | ✓ ⁵ | - | - | ✓ ⁶ |
| Anti-HBs | - | ✓ | - | - | - | - |
| Anti-HCV | ✓ | ✓ | - | - | - | ✓ ⁶ |

¹ ไม่ต้องตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีในแหล่งโรค (source) หากทราบว่าแหล่งโรคเป็นผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวี การใช้ผลการติดเชื้อเอชไอวีของแหล่งโรคมาตัดสินใจว่าจะให้ผู้สัมผัสเชื้อรับ HIV oPEP หรือไม่ให้พิจารณาเป็นรายๆ ไป โดยอาจพิจารณาเริ่ม HIV oPEP ไปก่อนหากไม่แน่ใจ

² ตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีซ้ำในบุคลากรทางการแพทย์ที่พบ anti HCV บวก หรือมีการสัมผัสแหล่งโรคที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีและตรวจไม่พบเอชไอวีในครั้งแรก ในเดือนที่ 6 เนื่องจากพบ delayed HIV seroconversion ในผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีและไวรัสตับอักเสบบีพร้อมกัน

³ ตรวจการติดเชื้อเอชไอวีและ HIV PCR หรือ VL เมื่อมีอาการแสดงหรืออาการสงสัยที่เกี่ยวกับเอชไอวี/เอดส์ เช่น ไข้ ต่อมน้ำเหลืองโต ผื่น

⁴ ตรวจเมื่อมีอาการหรืออาการแสดงที่สงสัยผลข้างเคียงของยาต้านเอชไอวี เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ผื่น

⁵ ตรวจเมื่อมีอาการหรืออาการแสดงที่สงสัยการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีเฉียบพลัน (acute)

⁶ พิจารณาตรวจที่ 6 เดือน ในกรณีที่แหล่งโรคมีติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีและ/หรือไวรัสตับอักเสบบี

⁷ ในกรณีที่เคยตรวจมาก่อนและทราบว่าผลเป็นบวก อาจจะไม่ส่งตรวจซ้ำ

ตารางที่ 3 สูตรยาต้านเอชไอวีสำหรับ HIV oPEP* และ HIV nPEP

| สูตรยาต้านเอชไอวี** | | | | หมายเหตุ |
|---------------------|------------------------------------|---|--|---|
| สูตรแนะนำ | TDF 300 มก.+3TC 300 มก. | + | <ul style="list-style-type: none"> ● LPV/r 400/100 มก. ทุก 12 ชั่วโมง หรือ ● EFV 600 มก. วันละครั้ง | ห้ามใช้ EFV ร่วมกับยา กลุ่ม ergotamine เช่น cafergot และต้องแนะนำไม่ให้ผู้สัมผัสเชื้อใช้ยาหรือชื้อยาแก้ปวดไมเกรนเอง |
| สูตรทางเลือก | TDF 300 มก./FTC 200 มก. วันละครั้ง | + | <ul style="list-style-type: none"> ● EFV 600 มก. วันละครั้ง | *ยาสูตรรวม TEEVIR 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง |

- * กรณีมีข้อบ่งชี้ในการให้ HIV oPEP จะต้องให้เร็วที่สุดหลังสัมผัส 1-2 ชั่วโมง และอย่างช้าไม่เกิน 72 ชั่วโมง หลังสัมผัส โดยจะต้องกินยาจนครบ 4 สัปดาห์ และควรอยู่ภายใต้การติดตามของแพทย์
- * การสั่งยาอื่นๆ นอกเหนือจากนี้ เช่น กรณีผู้ป่วยที่เป็นแหล่งโรคมะเร็งหรือสงสัยว่าจะมีปัญหาการดื้อยาต้านเอชไอวีให้ปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่โรงพยาบาลได้กำหนดให้เป็นแพทย์ที่ปรึกษากรณีที่มีการสัมผัสจากการทำงาน

แนะนำให้ใช้ Tenofovir (300) + Lamivudine (300) + Efavirenz (600) รับประทานวันละ 1 ครั้ง ควรตรวจสอบปฏิกิริยาระหว่างยาของยาต้านเอชไอวีกับยาอื่นด้วยเสมอก่อนที่จะสั่งจ่ายยา

ผลข้างเคียงที่ควรเฝ้าระวังและการตรวจทางห้องปฏิบัติการเมื่อบุคลากรรับประทานยาต้านเอชไอวีต่างๆ

| ชนิดยาต้านเอชไอวี | ผลข้างเคียงที่ควรเฝ้าระวัง | การตรวจทางห้องปฏิบัติการ |
|-------------------|--|------------------------------|
| Lamivudine | ผื่น แต่พบไม่บ่อย | ALT, AST |
| Lopinavir/r | คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย | |
| Tenofovir | การทำงานของไตลดลง | Creatinine, urinary analysis |
| Zidovudine | คลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ เพลีย กตการทำงานของไขกระดูก | CBC |
| Efavirenz | นอนไม่หลับ/วิงเวียน/ผื่นร้าย | ALT, AST |

ตารางที่ 4 การประเมินติดตามบุคลากรทางการแพทย์ที่สัมผัสหลังให้ HIV oPEP

| ครั้งที่ | วันที่นัด | Lab ที่ต้องตรวจ | สถานที่นัด |
|----------|-------------------------|-----------------------------------|----------------|
| 1 | สัปดาห์ที่ 2 หลังสัมผัส | CBC, BUN, SGOT, SGPT | คลินิก Daycare |
| 2 | สัปดาห์ที่ 4 หลังสัมผัส | CBC, BUN, Cr, SGOT, SGPT, UA, HIV | คลินิก Daycare |
| 3 | เดือนที่ 3 หลังสัมผัส | HIV , HBsAg, Anti-HBs | คลินิก Daycare |
| 4 | เดือนที่ 6 หลังสัมผัส | HIV, HBsAg, Anti-HBs | คลินิก Daycare |

ข้อมูลอ้างอิงจาก Thailand National Guideline on HIV/AIDS Treatment and Prevention 2017

ภาคผนวก

แนวทางปฏิบัติการให้ภูมิคุ้มกันเพื่อป้องกันบุคลากรที่ได้รับอุบัติเหตุขณะปฏิบัติงาน
และมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี

| บุคลากร | การป้องกันแยกตามผู้ป่วยหรือแหล่งสัมผัส | | |
|--|---|---------------|---|
| | HBsAg เป็น บวก | HBsAg เป็น ลบ | ไม่ได้ตรวจหรือไม่ทราบ |
| ไม่เคยได้รับวัคซีนไวรัสตับอักเสบบี | HBIG 1 เข็ม และให้วัคซีน 3 เข็ม* | วัคซีน 3 เข็ม | วัคซีน 3 เข็ม |
| เคยได้รับวัคซีนไวรัสตับอักเสบบีและมีภูมิคุ้มกันอยู่ในระดับที่ป้องกันได้ | ไม่ต้องให้ | ไม่ต้องให้ | ไม่ต้องให้ |
| เคยได้รับวัคซีนไวรัสตับอักเสบบีแต่ภูมิคุ้มกันไม่อยู่ในระดับที่ป้องกันได้ | HBIG 2 เข็ม หรือ HBIG 1 เข็มร่วมกับวัคซีน 3 เข็ม** | ไม่ต้องให้ | ถ้ามีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อให้การป้องกันเหมือนแหล่งสัมผัสมี HBsAg เป็นบวก |
| เคยได้รับวัคซีนไวรัสตับอักเสบบีแต่ไม่ทราบว่าภูมิคุ้มกันหรือไม่ | ให้บุคลากรตรวจ anti-HBs ถ้ามีอยู่ในระดับที่ป้องกันได้ ไม่ต้องให้การป้องกันอื่น ถ้าไม่มีภูมิต้านทานอยู่ในระดับที่ป้องกันได้ให้ HBIG 1 เข็มและวัคซีน 1 เข็ม | ไม่ต้องให้ | ให้บุคลากรตรวจ anti-HBs ถ้ามีอยู่ในระดับที่ป้องกันได้ ไม่ต้องให้การป้องกันอื่น ถ้าไม่มีภูมิต้านทานอยู่ในระดับที่ป้องกันได้ให้ วัคซีน 3 เข็ม |

HBIG: hepatitis B immunoglobulin ขนาด 0.06 ml/kg

- * ควรให้ HBIG และวัคซีนเข็มแรก ภายใน 24 ชม. หรืออย่างช้าไม่เกิน 7 วัน สามารถให้พร้อมกันได้ แต่คนละตำแหน่ง
- * ถ้าบุคลากรเคยได้รับวัคซีนมาแล้ว 2 รอบ (6 เข็ม) ให้ HBIG 2 เข็มห่างกัน 1 เดือน ถ้าได้วัคซีนชุดที่ 2 ไม่ครบ 3 เข็ม ให้ HBIG 1 เข็มร่วมกับวัคซีน 3 เข็ม

แบบบันทึก/รายงานสำหรับบุคลากร กรณีเกิดอุบัติเหตุถูกเข็ม ของมีคมตำ/บาดหรือ
สัมผัสเลือด/ของเหลวของผู้ป่วยขณะปฏิบัติหน้าที่
โรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดชัยภูมิ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของบุคลากรที่ได้รับอุบัติเหตุ

| | | | | |
|--|----------------|-------------|----------|----------------|
| HN | ชื่อ-สกุล..... | อายุ.....ปี | เพศ..... | หอผู้ป่วย..... |
| วันที่เกิดเหตุการณ์...../...../.....เวลา.....น. ประวัติพฤติกรรมเสี่ยง <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ | | | | |
| ประเภทบุคลากร <input type="checkbox"/> แพทย์ <input type="checkbox"/> ทันตแพทย์ <input type="checkbox"/> พยาบาล <input type="checkbox"/> จนท.เทคนิคการแพทย์ <input type="checkbox"/> ผู้ช่วยเหลือคนไข้ | | | | |
| <input type="checkbox"/> อื่นๆ..... | | | | |
| เบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้..... | | | | |

ภาวะการติดเชื้อ เอชไอวี ของผู้ป่วย HIV Positive HIV Negative ไม่ทราบแต่มีภาวะเสี่ยง
 ไม่ทราบการดำเนินโรคของผู้ป่วย ระยะ Asymtomatic ระยะ Syntomatic
 AIDS (Viral load สูตรยาที่ได้รับ

| บรรยายรายละเอียดเหตุการณ์ รวมทั้งระยะเวลาและปริมาณของเลือด และของเหลวที่สัมผัส/ลักษณะของผิวหนังที่สัมผัสสารคัดหลั่ง | อุบัติเหตุการสัมผัสเลือด/ของเหลวที่เกิดขึ้นเมื่อ |
|---|---|
| | <input type="checkbox"/> ก่อนใช้ของมีคม <input type="checkbox"/> ขณะปลดเข็ม/ถอดอุปกรณ์ |
| | <input type="checkbox"/> ขณะกำลังใช้ของมีคม <input type="checkbox"/> สวมปลอกเข็มกลับคืน |
| | <input type="checkbox"/> หลังใช้ของมีคม ก่อนทิ้ง <input type="checkbox"/> เข็ม/ของมีคม ทิ่มแทงทะลุจากขยะ |
| | <input type="checkbox"/> ขณะทิ้งของมีคม <input type="checkbox"/> ของมีคมถูกวาง/ทิ้งไว้ในตำแหน่ง/บริเวณที่ไม่เหมาะสม |
| | <input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ..... |

ชนิดของเข็ม/ของมีคม

- Hollow/bore needle
 IV catheter
 ความลึก.....mm.
 อื่นๆ ระบุ

การสัมผัสเลือด/ของเหลวเกิดขึ้นที่ไหน

- ห้องผู้ป่วย..... OR ER LR
 ห้องที่ทำ Treatment OPD อื่นๆ ระบุ.....

ขณะเกิดอุบัติเหตุสวมอุปกรณ์ป้องกันร่างกาย หรือไม่?

- สวมอุปกรณ์ป้องกัน ไม่ได้สวมอุปกรณ์ป้องกัน สวมอุปกรณ์ป้องกันแต่ไม่ครบ/ไม่เหมาะสม

อุปกรณ์ป้องกันร่างกายที่ใช้ (สามารถเลือกตอบได้มากกว่า 1 รายการ) :

- ถุงมือ 2 ข้าง ถุงมือข้างเดียว Mask แว่นตา เสื้อคลุม หน้ากาก รองเท้าบูท

การปฏิบัติตนหลังได้รับอุบัติเหตุ : การปฐมพยาบาลเบื้องต้น ไม่ได้ทำ ได้ทำ (ระบุ).....

F-IC-001 (แก้ไขครั้งที่ 01 - 02/03/61)

ส่วนที่ 2 สำหรับแพทย์ผู้ตรวจรักษา

พบผู้ป่วยวันที่...../...../..... เวลา.....น. สถานที่/ห้องตรวจ.....

ส่วนที่ 2.1 ประเมินความเสี่ยงของผู้สัมผัส

| | | |
|---|---|--|
| <p>ถูกของมีคมทิ่ม/ตำ/บาด (Percutaneous injury)@ <input type="checkbox"/> Less severe <input type="checkbox"/> More severe หมายเหตุ @ = Percutaneous Injury มีโอกาสติดเชื้อ 0.3 %</p> | <p>เลือด/ของเหลวกระเด็นเข้าปาก/ตา/เยื่อหู (Mucous membrane exposure)@ <input type="checkbox"/> Small volume <input type="checkbox"/> Large volume หมายเหตุ @ = Mucous membrane Exposure มีโอกาสติดเชื้อ 0.09 %</p> | <p>สัมผัสเลือด/ของเหลวเนื่องจากมีบาดแผล/รอยแตก (Non-intact skin exposure)@ <input type="checkbox"/> Small volume <input type="checkbox"/> Large volume หมายเหตุ @ = Non-intact skin exposure มีโอกาสติดเชื้อ < 0.09%</p> |
|---|---|--|

การได้รับยาเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี อย่างต่อเนื่อง

- ไม่ได้รับยาเนื่องจาก ประเมินแล้วมีความเสี่ยงไม่เพียงพอ
- ไม่ต้องรับประทานยาต่อเนื่อง
- ได้รับยา 28 วัน
- ยาที่ได้รับ TDF (300) +3Tc (300) + EFV (600) อื่นๆ ได้แก่.....
- ไม่ได้รับประทานยา stat dose ภายใน 72 ชั่วโมงเนื่องจาก.....
- รับประทานยา stat dose เมื่อ.....นาที่ หรือ.....ชั่วโมง หลังเกิดเหตุ (ผู้สัมผัสบันทึก)

การได้รับยา และวัคซีน เพื่อป้องกันไวรัสตับอักเสบบี

- ไม่ได้รับ เนื่องจาก.....
- ได้รับ
- HBIG วันที่...../...../..... () Hepatitis B Vaccinc Day 0 วันที่...../...../.....
1 เดือน วันที่...../...../.....
6 เดือน วันที่...../...../.....

ส่วนที่ 2.2 การประเมินพื้นฐานก่อนให้ HIV oPEP บุคลากรผู้สัมผัส

- ไม่จำเป็นต้องได้รับการตรวจเลือดเนื่องจาก ประเมินแล้วความเสี่ยงไม่เพียงพอ
- ไม่ยินยอมที่จะตรวจเลือด
 - ยินยอมให้ตรวจเลือด
 - Anti HIV HBsAg Anti-HBs Anti HCV
 - CBC,UA (เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานก่อนได้รับยาต่อเนื่อง)
 - SGOT,SGPT,BUN,Cr (เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานก่อนได้รับยาต่อเนื่อง)

แพทย์ผู้บันทึก.....
()

วันที่...../...../.....

F-IC-001 (แก้ไขครั้งที่ 01 - 02/03/61)

ส่วนที่ 3 สำหรับ ICN

| | |
|---|--|
| การให้คำปรึกษาแก่บุคลากรภายหลังการเกิดอุบัติเหตุ <input type="checkbox"/> บุคลากรทราบถึงโอกาสเสี่ยงของการติดเชื้อ : <input type="checkbox"/> ทราบ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ <input type="checkbox"/> บุคลากรทราบถึงข้อดี ข้อเสียของการตรวจเลือด : <input type="checkbox"/> ทราบ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ <input type="checkbox"/> บุคลากรทราบถึงความสำคัญของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง รวมทั้ง S/E ที่อาจเกิดขึ้น <input type="checkbox"/> ทราบ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ <input type="checkbox"/> บุคลากรทราบถึงความสำคัญของการได้รับการติดตามภาวะสุขภาพ : <input type="checkbox"/> ทราบ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ | การรับรู้ของบุคลากร <input type="checkbox"/> รับรู้ <input type="checkbox"/> ไม่รับรู้ <input type="checkbox"/> ไม่แน่ใจ |
|---|--|

ผลการตรวจเลือดหลังเกิดอุบัติเหตุทันที (Day 0)

| | |
|---|---|
| Hemoglobin.....mg% Hematocrit.....mg% Neutrophil.....% Lymphocyte.....% Red cell morphology.....Monocyte.....% Basophil.....% WBC count.....per cu.mm. Eosinophil.....% Band form.....% SGOT..... SGPT.....BUN.....Cr.....UA..... | <input type="checkbox"/> Anti HIV <input type="checkbox"/> บวก <input type="checkbox"/> ลบ <input type="checkbox"/> HBsAg <input type="checkbox"/> บวก <input type="checkbox"/> ลบ <input type="checkbox"/> Anti - HBs <input type="checkbox"/> บวก <input type="checkbox"/> ลบ |
|---|---|

การนัดตรวจเพื่อติดตามภาวะสุขภาพ

นัดครั้งที่ 1* (สัปดาห์ที่ 2 หลังรับประทานยาต่อเนื่อง) วันที่...../...../.....

นัดครั้งที่ 2* (สัปดาห์ที่ 4 หลังรับประทานยาต่อเนื่อง) วันที่...../...../.....

*หมายเหตุ เพื่อตรวจหาความสมบูรณ์ของเม็ดเลือดและการทำงานของตับไต ได้แก่ CBC,SGOT, SGPT,BUN,Cr,UA

นัดครั้งที่ 3* (สัปดาห์ที่ 12) วันที่...../...../.....

ไม่ครบ รับประทานยาได้.....วัน/สัปดาห์

เหตุผลที่หยุดยาก่อนครบ 4 สัปดาห์ ทนต่อผลข้างเคียงของยาไม่ได้ อื่นๆ (ระบุ).....

รับประทานยาครบ 4 สัปดาห์

ไม่มีผลข้างเคียงของยา

มีผลข้างเคียงของยา ได้แก่ คลื่นไส้อาเจียน ผม่วง เบื่ออาหาร ปวดศีรษะ เหนื่อยอ่อนเพลีย

น้ำหนักลด ตาเหลือง/ตัวเหลือง มึนงง/เวียนศีรษะ ผื่น อื่นๆ.....

| | |
|--|--|
| สัปดาห์ที่ 2 WBC count.....per cu.mm. Neutrophil.....% Lymphocyte.....% Red cell morphology..... % Monocyte.....% Basophil.....% Hemoglobin....mg% Hematocrit.....mg% Eosinophil.....% Band form.....% SGOT..... ..SGPT.....BUN.....Cr.....UA..... | เดือนที่ 1 (4 สัปดาห์) <input type="checkbox"/> Anti HIV <input type="checkbox"/> บวก <input type="checkbox"/> ลบ เดือนที่ 3 (12 สัปดาห์) <input type="checkbox"/> Anti HIV <input type="checkbox"/> บวก <input type="checkbox"/> ลบ <input type="checkbox"/> HBsAg <input type="checkbox"/> บวก <input type="checkbox"/> ลบ <input type="checkbox"/> Anti-HBs <input type="checkbox"/> บวก <input type="checkbox"/> ลบ เดือนที่ 6 <input type="checkbox"/> Anti HIV <input type="checkbox"/> บวก <input type="checkbox"/> ลบ <input type="checkbox"/> HBsAg <input type="checkbox"/> บวก <input type="checkbox"/> ลบ <input type="checkbox"/> Anti-HBs <input type="checkbox"/> บวก <input type="checkbox"/> ลบ |
| สัปดาห์ที่ 4 WBC count.....per cu.mm. Neutrophil.....% Lymphocyte.....% Red cell morphology..... % Monocyte.....% Basophil.....% Hemoglobin....mg% Hematocrit.....mg% Eosinophil.....% Band form.....% SGOT.....SGPT.....BUN.....Cr.....UA..... | |

ICN ผู้ให้คำปรึกษา.....

วันที่...../...../.....

F-IC-001 (แก้ไขครั้งที่ 01 - 02/03/61)