

แบบบันทึกรายงานสำหรับบุคลากรโรงพยาบาลวังเจ้า (ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 2 พ.ศ. 2567)
กรณีเกิดอุบัติเหตุถูกของมีคมที่มด้า/บาด หรือสัมผัสสารคัดหลั่ง/ของเหลวของผู้ป่วยขณะปฏิบัติหน้าที่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของบุคลากรที่ได้รับอุบัติเหตุ

ID.....HN..... ชื่อ-สกุล..... อายุ เพศ

หน่วยงานที่ปฏิบัติหน้าที่ สถานที่เกิดเหตุ

วันที่เกิดเหตุ น. เวลา น.

ประวัติพฤติกรรมเสี่ยง () ไม่มี () มี..... () ไม่ทราบ

ประเภทบุคลากร () แพทย์ () ทันตแพทย์ () พยาบาล () จนท.วิทยาศาสตร์ () ผู้ช่วยเหลือคนไข้

() อื่นๆ ระบุ..... เบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้

ส่วนที่ 2 ข้อมูลต้นตอของแหล่งสัมผัส

() ทราบต้นตอของแหล่งสัมผัส () ไม่ทราบต้นตอแหล่งสัมผัส

ผู้ป่วยชื่อ.....HN.....AN.....

แผนกตรวจ/หอผู้ป่วย..... เบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้

ภาวะเสี่ยงของผู้ป่วย: ผลเลือด

() ไม่ยินยอมเจาะเลือด (ส่งผู้ป่วยต้นตอปรึกษางานสุขภาพจิต)

() ไม่ทราบแต่มีความเสี่ยงภายใน 3 เดือนมีประวัติ Unsafe Sex/IVDU/Tattooing

() ยินยอมเจาะเลือด (ไม่เสียค่าใช้จ่ายในการเจาะเลือด)

() HIV Positive () HIV Negative () ไม่ทราบ

() HCV Positive () HCV Negative () ไม่ทราบ

() HBV Positive () HBV Negative () ไม่ทราบ

() HIV-PCR or Viral load (กรณี Source patient มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ HIV ภายในช่วง 2 สัปดาห์ก่อนเกิดอุบัติเหตุจากการทำงาน หรือมีอาการแสดงที่สงสัย acute HIV infection)

ลักษณะการเกิดอุบัติเหตุ

บรรยายรายละเอียดเหตุการณ์รวมทั้งระยะเวลาและปริมาณของเลือดและของเหลวที่สัมผัสและการปฐมพยาบาลเบื้องต้น	อุบัติเหตุการสัมผัสเลือด/ของเหลวเกิดขึ้นเมื่อ
	<input type="checkbox"/> ขณะใช้ของมีคม <input type="checkbox"/> หลังใช้ของมีคม <input type="checkbox"/> ขณะทิ้งของมีคม <input type="checkbox"/> ของมีคมถูกวางทิ้งไว้ในตำแหน่งบริเวณที่ไม่เหมาะสม <input type="checkbox"/> ขณะปลดเข็ม/ถอดอุปกรณ์ <input type="checkbox"/> สวมปลอกเข็มกลับคืน <input type="checkbox"/> ก่อนใช้ของมีคม <input type="checkbox"/> เข็ม/ของมีคม ที่แทงทะลุจากขยะ

ขณะเกิดอุบัติเหตุได้สวมอุปกรณ์ป้องกันร่างกายหรือไม่ () สวมอุปกรณ์ป้องกัน () ไม่ได้สวมอุปกรณ์ป้องกัน
() สวมอุปกรณ์ป้องกันแต่ไม่ครบ/ไม่เหมาะสม

อุปกรณ์ป้องกันร่างกายที่ใช้ (สามารถเลือกตอบได้มากกว่า 1 รายการ :

() ถุงมือ 2 ข้าง () ถุงมือข้างเดียว () mask () แว่นตา () เสื้อคลุม () หน้ากาก () รองเท้าบู๊ท

(.....) ลายเซ็นของผู้ป่วยต้นตอแหล่งสัมผัส

ส่วนที่ 3 สำหรับแพทย์ผู้ตรวจรักษา

พบผู้ป่วยวันที่.....สถานที่/ห้องตรวจ.....

ความเสี่ยงโดยเฉลี่ยต่อการติดเชื้อเอชไอวีในบุคลากรทางการแพทย์ ภายหลังจากสัมผัสต้นตอแหล่งสัมผัสที่ติดเชื้อไวรัสเอชไอวี

- จากการถูกเข็มตำหรือมีบาดแผลเท่ากับ ร้อยละ 0.3 ต่อครั้ง
- จากการสัมผัสเยื่อเมือกเท่ากับร้อยละ 0.09 ต่อครั้ง
- จากการสัมผัสผิวหนังที่ไม่ปกติน้อยกว่าร้อยละ 0.09 ต่อครั้ง

1. การตรวจเลือดของเจ้าหน้าที่ที่สัมผัสสารคัดหลั่งของผู้ป่วย (ตารางที่ 1)

() ไม่จำเป็นต้องได้รับการตรวจเลือดเนื่องจากประเมินแล้วความเสี่ยงไม่เพียงพอ

() ไม่ยินยอมที่จะตรวจเลือด

() ยินยอมให้ตรวจเลือด (ไม่เสียค่าใช้จ่ายในการตรวจเลือด)

Anti - HIV Anti - HCV CBC, SGPT, Cr (เป็นข้อมูลพื้นฐานก่อนรับยา)

HBsAg () Anti-HBs (เคยตรวจและทราบว่าเป็นบวกไม่ต้องส่งตรวจ)

() อื่นๆ.....

2. การได้รับยาต้านไวรัสเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี (ตารางที่ 2)

() ได้รับยา สูตร

() ไม่ได้รับยาเนื่องจาก

() ระยะเวลาเกิน 72 ชั่วโมงหลังเกิดอุบัติเหตุ

() ประเมินแล้วมีความเสี่ยงไม่เพียงพอ

() อื่นๆ.....

3. การได้รับวัคซีนเพื่อป้องกันไวรัสตับอักเสบบี (ตารางที่ 3)

() ได้รับ () HBIG 1 dose วันที่.....

() HBIG 2 dose วันที่.....และวันที่

() Hepatitis B Vaccine Day 0 วันที่.....

1 เดือน วันที่.....

6 เดือน วันที่.....

() ไม่ได้รับ () HBIG เพราะ.....

() Hepatitis B Vaccine เพราะ

แพทย์ผู้บันทึก/แพทย์ผู้ดูแล

(.....)

วันที่

**หมายเหตุ ทั้ง HBIG และ Hepatitis B Vaccine ต้องชำระเงินเองทุกสิทธิ

ส่วนที่ 4 สำหรับพยาบาลควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล (ICN)

1. การให้คำปรึกษาแก่บุคลากรภายหลังเกิดอุบัติเหตุ
 - () บุคลากรทราบถึงโอกาสเสี่ยงของการติดเชื้อ : () ทราบ () ไม่ทราบ
 - () บุคลากรทราบถึงโอกาสเสี่ยงของการตรวจเลือด : () ทราบ () ไม่ทราบ
 - () บุคลากรทราบถึงความสำคัญของการรับรายงานต่อเนื่อง รวมทั้ง S/E ที่เกิดขึ้น: () ทราบ () ไม่ทราบ
 - () บุคลากรทราบถึงความสำคัญของการได้รับการติดตามภาวะสุขภาพ: () ทราบ () ไม่ทราบ
 - () บุคลากรควรดเพศสัมพันธ์ และสวมถุงยางถ้ามีเพศสัมพันธ์ และไม่บริจาควโลหิตหรือ อวัยวะในระยะ 6 เดือนแรก
 - () บุคลากรรับทราบถึงการแสดงที่สงสัยการติดเชื้อ (หากมีอาการเหล่านี้ควรรีบพบแพทย์)
 - () Acute HIV (ไข้ ต่อมมน้ำเหลืองโต ผื่น)
 - () ไวรัสฮิสแป (ไข้ อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร ตัว ตาเหลือง)
2. การนัดตรวจเพื่อติดตามภาวะสุขภาพกรณีรับรายงานยา (หากไม่รับรายงานไม่ต้องนัดติดตาม)
 - หากระบุแหล่งสัมผัสโรคได้
 - () ตรวจ Anti-HIV, HBsAg, Anti-HCV และคัดกรองโรคติดต่อสัมพันธ์อื่นๆ
 - () ตรวจ HIV PCR or VL เมื่อมีอาการแสดงหรือสงสัย เช่น ไข้ ต่อมมน้ำเหลืองโต ผื่น
 - () ไม่ตรวจเนื่องจากทราบแหล่งสัมผัสโรคเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี
 - การตรวจทางห้องปฏิบัติการของบุคลากร กรณีรับรายงานยา เพื่อเป็น Baseline
 - () ตรวจ Anti-HIV ผล
 - () ตรวจ HBsAg ผล
 - () ตรวจ Anti-HCV ผล
 - () ตรวจ CBC,SGPT, Cr
 - () Anti-HBs (กรณีที่เคยตรวจมาก่อนและทราบว่าผลเป็นบวก อาจจะพิจารณาไม่ส่งตรวจซ้ำ)
 - การนัดติดตามสุขภาพบุคลากร
 - () นัดครั้งที่ 1 (ครบ 1 เดือน) - เจาะAnti-HIV วันที่.....
 - () นัดครั้งที่ 2 (ครบ 3 เดือน) - เจาะAnti-HIV วันที่.....
 - () นัดครั้งที่ 3 (ครบ 6 เดือน) - เจาะAnti-HIV ในผู้สัมผัสที่พบAnti-HCV +VE วันที่.....
 - เจาะ HBsAg หาก Source พบ HBsAg +VE วันที่.....
 - เจาะ Anti-HCV หาก Source พบ Anti-HCV +VE วันที่.....
 - () อื่นๆ

พยาบาล IC ผู้ดูแล
(.....)
วันที่

ตารางที่ 1 การตรวจเลือดของเจ้าหน้าที่ที่สัมผัสสารคัดหลั่งของผู้ป่วย

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ¹	ผลเลือด Source		ผู้สัมผัสเชื้อ				
			ระหว่างกินยา		การติดตาม		
			Baseline	เมื่อมีอาการบ่งชี้	1 เดือน	3 เดือน	6 เดือน
Anti-HIV (same-day) ^{1,2}	√ ¹		√	√ ³	√	√	√ ²
CBC, Cr, SGPT			√	√ ⁴	-	-	-
HIV PCR or VL		√ ³	-	√ ³	-	-	-
HBsAg	√	-	√	√ ⁵	-	-	-
		+	√	√ ⁵	-	-	√
Anti-HBs			√ ⁶	-	-	-	-
Anti-HCV	√	-	√	-	-	-	-
		+	√	-	√ ⁷	-	√

อ้างอิงจาก Thailand National Guidelines on HIV/AIDS Treatment and Prevention 2021/2022

หมายเหตุ

¹ หากระบุแหล่งสัมผัสได้

- ให้ตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี VDRL หรือ RPR และคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่น ๆ (กรณีเป็นการสัมผัสจากการมีเพศสัมพันธ์) ตามช่องทางที่ใช้ในการมีเพศสัมพันธ์ ใช้ผลการติดเชื้อเอชไอวีของแหล่งสัมผัสมาพิจารณาตัดสินใจว่าจะให้ผู้สัมผัสเข้ารับ HIV PEP หรือไม่ โดยอาจพิจารณาเริ่ม HIV PEP ไปก่อนหากไม่แน่ใจ

- ไม่ต้องตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีในแหล่งสัมผัส (source) หากทราบว่าแหล่งสัมผัสเป็นผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวี

² ตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีในผู้สัมผัสเชื้อที่พบ anti HCV บวก หรือมีการสัมผัสแหล่งสัมผัสที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีและตรวจไม่พบเอชไอวีในครั้งแรกในเดือนที่ 6 เนื่องจากพบ delayed HIV seroconversion ในผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีและไวรัสตับอักเสบบี พร้อมกัน

³ ตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี และ HIV PCR หรือ VL เมื่อมีอาการหรืออาการแสดงที่สงสัยการติดเชื้อเอชไอวีระยะเฉียบพลัน เช่น ไข้ ต่อมน้ำเหลืองโต ผื่น เป็นต้น

⁴ ตรวจเมื่อมีอาการหรืออาการแสดงที่สงสัยผลข้างเคียงของยาต้านเอชไอวี เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ผื่น เป็นต้น

⁵ ตรวจเมื่อมีอาการหรืออาการแสดงที่สงสัยการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีระยะเฉียบพลัน

⁶ กรณีที่เคยตรวจมาก่อนและทราบว่าผลเป็นบวก อาจจะพิจารณาไม่ส่งตรวจซ้ำ

⁷ ในกรณีที่ source มี anti-HCV เป็นบวกให้ตรวจ HCV RNA ของ source ด้วยที่ baseline และตรวจ HCV RNA ของบุคลากรที่ 1 เดือน ถ้าบุคลากรมีผล HCV RNA ที่วัดปริมาณไวรัสได้ พิจารณาให้การรักษาการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี

ตารางที่ 2 ตารางสูตรยาต้านเอชไอวีสำหรับ HIV oPEP⁽¹⁾ และ HIV nPEP

สูตรยาต้านเอชไอวี ⁽²⁾			หมายเหตุ
สูตรแนะนำ	TDF/FTC 300/200 มก. วันละครั้ง; หรือ	+	• DTG 50 มก. วันละครั้ง
สูตรทางเลือก	TDF 300 มก. + 3TC 300 มก. วันละครั้ง; หรือ TAF/FTC 25/200 มก. วันละครั้ง	+	• RPV 25 มก. วันละครั้ง ⁽³⁾ หรือ • ATV/r 300/100 มก. วันละครั้ง หรือ • DRV/r 800/100 มก. วันละครั้ง หรือ • BIC 50 มก. วันละครั้ง
กรณีมีปัญหาไต	AZT 300 มก. ทุก 12 ชม. แทน TDF ในสูตรแนะนำหรือสูตรทางเลือก		ในผู้ที่มี CrCl < 50 มล./นาที

อ้างอิงจาก Thailand National Guidelines on HIV/AIDS Treatment and Prevention 2021/2022

หมายเหตุ

- (1) บุคลากรที่สัมผัสทุกรายควรติดต่อแพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่โรงพยาบาลได้กำหนดให้เป็นแพทย์ที่ปรึกษากรณีที่มีการสัมผัสจากการทำงานภายใน 3 วัน
- (2) การสั่งยาอื่น ๆ นอกเหนือจากนี้ เช่น กรณีผู้ป่วยที่เป็นแหล่งสัมผัสมีปัญหาหรือสงสัยว่าจะมีปัญหาการดื้อยาต้านเอชไอวี เช่น กิน bPI-based regimen อยู่ และคือ NNRTIs แนะนำเป็น DRV/r + DTG ให้ปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่โรงพยาบาล กำหนดให้เป็นแพทย์ที่ปรึกษากรณีที่มีการสัมผัสจากการทำงาน
- (3) ไม่ควรให้ RPV ในกรณีที่แหล่งสัมผัสประวัติติดต่อ NNRTIs หรือสงสัยว่าจะดื้อยา เช่น กลุ่มที่มี multiple partner หรือกินยาแล้วมี HIV VL สูง เป็นต้น

ตารางที่ 3 การป้องกันการติดเชื้อตับอักเสบบี ภายหลังจากสัมผัสเลือดที่อาจมี HBsAg ผ่านทางผิวหนัง

ประวัติภูมิคุ้มกันและระดับการตอบสนองของภูมิคุ้มกันของบุคลากรทางการแพทย์	ผลเลือดของเจ้าของเลือด/สารคัดหลั่งนั้น		
	HBsAg ให้ผลบวก	HBsAg ให้ผลลบ	ไม่ทราบผลเลือด
ไม่เคยฉีดวัคซีน/ฉีดไม่ครบ/จำไม่ได้	ให้ HBIG 1 ครั้ง และวัคซีน HepB 1 ชุด และ repeat anti-HBs ห่างจากวัคซีนเข็มที่ 3 ประมาณ 1-2 เดือน	วัคซีน HepB 1 ชุด	ให้ HBIG 1 ครั้ง และวัคซีน HepB 1 ชุด และ repeat anti-HBs ห่างจากวัคซีนเข็มที่ 3 ประมาณ 1-2 เดือน
เคยฉีดวัคซีนครบ 3 เข็ม และเคยตรวจ Anti-HBs $\geq 10\text{mIU/ml}$	ไม่ต้องรักษา		
เคยฉีดวัคซีนครบ 3 เข็ม x 2 ชุด แล้วยังได้ Anti-HBs $< 10\text{mIU/ml}$	HBIG 2 ครั้ง ห่างกัน 1 เดือน	ไม่ต้องรักษา	HBIG 2 ครั้ง ห่างกัน 1 เดือน
เคยฉีดวัคซีนครบ 3 เข็ม แต่ไม่ทราบผลการตอบสนองของภูมิคุ้มกัน	ตรวจเลือด anti-HBs บุคลากร ถ้า $\geq 10\text{mIU/ml}$ ไม่ต้องรักษา		
	-ถ้า $< 10\text{mIU/ml}$ ให้ HBIG 1 ครั้ง และวัคซีน HepB 1 ชุด และ repeat anti-HBs ห่างจากวัคซีนเข็มที่ 3 ประมาณ 1-2 เดือน	-ถ้า $< 10\text{mIU/ml}$ ให้วัคซีน HepB 1 ชุด และ repeat anti-HBs ห่างจากวัคซีนเข็มที่ 3 ประมาณ 1-2 เดือน	ถ้า $< 10\text{mIU/ml}$ ให้ HBIG 1 ครั้ง และวัคซีน HepB 1 ชุด และ repeat anti-HBs ห่างจากวัคซีนเข็มที่ 3 ประมาณ 1-2 เดือน

แหล่งอ้างอิง : CDC Guidance for Evaluating Health-Care Personnel for Hepatitis B Virus Protection and for Administering Postexposure Management December 20, 2013

หมายเหตุ

การประเมินบุคลากรเก่าเรื่องวัคซีนตับอักเสบบี

- บุคลากรที่เกิดหลัง พฤษภาคม 2535 น่าจะได้รับวัคซีนไวรัสตับอักเสบบี ครบ 3 เข็มแล้ว ไม่ต้องฉีด
- ตรวจ Anti - HBs และ HBsAg กรณีเกิดอุบัติเหตุทางการแพทย์และผู้ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยเสี่ยงสูง เช่น dialysis unit ถ้าได้ผลลบให้ฉีด

การประเมินบุคลากรใหม่

- บุคลากรที่เกิดหลัง พฤษภาคม 2535 ถ้าได้วัคซีนครบ 3 เข็มแน่นอน ไม่ต้องฉีด
- ถ้าไม่ได้รับวัคซีนหรือประวัติไม่แน่นอนให้ตรวจ Anti - HBs และ HBsAg ถ้าได้ผลลบให้ฉีด