แบบ 7500

**แบบรายงานการติดเชื้อโรคเอดส์อันเนื่องมาจากการปฏิบัติหน้าที่**

ที่ทำการ.....................................................(สถานที่เกิดเหตุ)

วันที่..........เดือน..........................พ.ศ.................เวลา......................น.

ข้าพเจ้า.............................................................................ตำแหน่ง........................................................สังกัด/สถานศึกษา..........................................................................จังหวัด.........................................................ขอยื่นรายงานต่อ หัวหน้าหน่วยงาน/ผู้ตรวจการพยาบาล ว่าสงสัยจะได้รับเชื้อเอดส์เนื่องจากการปฏิบัติหน้าที่.....................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

ลงชื่อ.....................................................................................

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

ผู้ประสบเหตุ

**เสนอ ....ประธานอาชีวอนามัย.....**

ได้รับรายงานและตรวจสอบแล้ว เห็นสมควรดำเนินการตรวจเลือดได้

ลงชื่อ...........................................................วันที่.................................เวลา...................น.

(หัวหน้าหน่วยงาน/ผู้ตรวจการพยาบาล)

**คำอนุมัติ**

อนุมัติให้ดำเนินการตรวจเลือดได้

ลงชื่อ...........................................................วันที่.................................เวลา...................น.

(ประธานอาชีวอนามัย)

**การให้ยาต้านไวรัส**

ไม่ให้ยา

ให้ยา สูตร ..........................................................................โดยแพทย์...................................................

1 พฤษภาคม 2560