**แบบรายงานอุบัติเหตุทางการแพทย์คลินิกกำลังใจ ร.พ.เลิดสิน**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1. ข้อมูลทั่วไป** วันเกิดเหตุ………………เวลา.................  เกิดเหตุการณ์ที่ หอผู้ป่วย ระบุ ICU ER  OR LR OPD อื่นๆ ระบุ...................  ประเภทบุคลากร............................................................. | | Sticker  ชื่อ-สกุล  HN  เบอร์ติดต่อ..................................................................... | | |
| **2. การติดเชื้อ HIV ของ source person HN......................**.. HIV positive สูตรยาปัจจุบัน..................................... HIV viral load…………….copies/mL HIV negative Unknown, but has risk of HIV Unknown | | | | |
| **3. รายละเอียดของเหตุการณ์/ตำแหน่งที่โดนของมีคมหรือการสัมผัสเลือดของเหลว** | | | | |
| ......................................................................................  ......................................................................................  ......................................................................................  ......................................................................................  ......................................................................................  ...................................................................................... | | ขณะกำลังใช้ของมีคม  2 หลังใช้ของมีคม, ก่อนทิ้ง  สวมปลอกเข็มกลับคืน  ของมีคมวางในบริเวณไม่เหมาะสม  เลือด/สารคัดหลั่งกระเด็นเข้าตา/ปาก  เลือด/สารคัดหลั่งโดนบริเวณผิวหนังที่มีบาดแผล | | |
| **4. การปฐมพยาบาลหลังเกิดอุบัติเหตุ** ทำ ไม่ทำ  เมื่อถูกของมีคมหรือสารน้ำจากร่างกายผู้ป่วย ให้ล้างแผลด้วยน้ำและสบู่  เมื่อถูกเลือด/สารน้ำจากร่างกายผู้ป่วยกระเด็นเข้าปาก ตา หรือบาดแผล ให้ล้างน้ำให้มากที่สุด | | | | |
| **5. ผลตรวจเลือดผู้ป่วย** ตรวจ ระบุ anti-HIV………….. HBsAg………..anti-HCV……………. ไม่ตรวจ  **ถ้าผล HIV บวก หรือไม่สามารถตรวจเลือดผู้ป่วย ให้จ่ายยาต้านไวรัสตามข้อ 7**  **ถ้าผล HBsAg บวก ให้ทำตามคำแนะนำข้อ 8, ถ้าผล anti-HCV บวก ให้ทำตามคำแนะนำข้อ 9** | | | | |
| **6. ผลตรวจเลือดบุคลากรหลังเกิดเหตุ**  BUN……….. Cr……….. SGOT…..…… SGPT……..… | | Anti-HIV………………….…. HBsAg………..…………..  Anti-HBs……………………. Anti-HCV…………………. | | |
| **7. สำหรับแพทย์** ประเมินความเสี่ยงการติดเชื้อ HIV พิจารณาจ่ายยาต้านไวรัสกรณี 7.1 + 7.2 | | | | |
| 7.1 ของมีคมทิ่ม/ตำ/บาด  โอกาสติดเชื้อ HIV 0.3% | 7.2 เลือด/สารคัดหลั่งกระเด็นเข้าตา/ปาก/แผล  โอกาสติดเชื้อ HIV 0.09% | | | 7.3 ไม่ได้สัมผัสเลือด/สารคัดหลั่งที่มีเชื้อ HIV  หรือผลตรวจ HIV ของผู้ป่วยเป็นลบร่วมกับไม่มีพฤติกรรมเสี่ยง  ไม่จ่ายยาต้านไวรัส |
| **จ่ายยาต้านไวรัส**  ในเวลาราชการส่งปรึกษาคลินิกกำลังใจ  นอกเวลาราชการพิจารณาให้ยาดังนี้เป็นเวลา 3 วัน และให้นัดคลินิกกำลังใจในเวลาราชการ  **สูตร 1**: Tenofovir (300) 1X1 po OD + Lamivudine (150) 2X1 po OD + Efavirenz (600) 1X1 po OD (หรือ Rilpivirine (25) 1X1 po OD with meal)  ใช้ในกรณีไม่สามารถตรวจเลือด source person หรือ ผู้ป่วย HIV รักษาด้วย NNRTI based regimen ที่มีผล HIV viral load undetectable  **สูตร 2**: Tenofovir (300) 1X1 po OD + Lamivudine (150) 1X2 po bid + Lopinavir/ritonavir(200/50) 2X2 po bid  ใช้ในกรณีบุคลากรตั้งครรภ์/ให้นมบุตร หรือ ผู้ป่วย HIV ยังไม่ได้รับการรักษา/ไม่ทราบผล HIV viral load/รักษาด้วย PI based regimen มีผล HIV viral load undetectable  กรณีผู้ป่วย HIV ที่เคยมีประวัติดื้อยาหรือผล HIV viral load > 40 copies/mL ให้โทรปรึกษา ID (วันคี่ พญ.ฐิติรัตน์ 081-019048, วันคู่ พญ.ณัฐวรรณ 084-7176887) | | | |
| **8. กรณีผู้ป่วยผล HBsAg บวก หรือเป็น chronic hepatitis B infection**  8.1. ผลตรวจเลือดบุคลากร HBsAg -, antiHBs- : ให้ฉีด HBIG 1 เข็ม + HBV vaccine 1 course  8.2 ผลตรวจเลือดบุคลากร HBsAg -, antiHBs+ : ไม่ต้องทำอะไรเพิ่ม  8.3 ผลตรวจเลือดบุคลากร HBsAg +, antiHBs- : นัดพบแพทย์เฉพาะทางระบบทางเดินอาหารในเวลา  หมายเหตุ ถ้าไม่ได้ตรวจเลือดผู้ป่วย และ บุคลากรยังไม่มีภูมิคุ้มกัน (antiHBs -) ให้บุคลากรฉีด HBV vaccine 1 course | | | | |
| **9. กรณีผู้ป่วยผล anti-HCV บวก หรือเป็น chronic hepatitis C infection**  ให้ติดตาม HCV-RNA ของบุคลากรที่ 1 เดือน และ anti HCV ที่ 6 เดือน  หมายเหตุ ถ้าไม่ได้ตรวจเลือดผู้ป่วย ให้ติดตาม anti-HCV ที่ 3 และ 6 เดือน | | | | |
| 10. **แนะนำ** กินยาสม่ำเสมอและตรงเวลา, ผลข้างเคียงของยารวมถึงปฎิกิริยาต่อยาอื่น ห้ามกินยาต้านไวรัสควบคู่กับยาแก้ปวดหัวไมเกรน, สังเกตอาการ acute retroviral syndrome, คุมกำเนิด | | | | |
| 11. **นัดคลินิกกำลังใจ** วันที่.......................................................................................................................... | | | | |
| **สำหรับคลินิกกำลังใจ** | | | | |
| 1. นัดติดตามการรักษาครั้งที่ 1 วันที่.......................................  2. นัดติดตามการรักษาครั้งที่ 2 (4 สัปดาห์) วันที่.......................................  3. นัดติดตามการรักษาครั้งที่ 3 (12 สัปดาห์) วันที่....................................... | | | **ผลตรวจเลือด**  ผล Anti-HIV ที่ 4 สัปดาห์…………….  ผล Anti-HIV ที่ 12 สัปดาห์……………  กรณีผู้ป่วยเป็น chronic hepatitis B/C infection ตรวจเลือด  HBsAg ……………………………  Anti-HCV………………………….. | |

01/05/2560