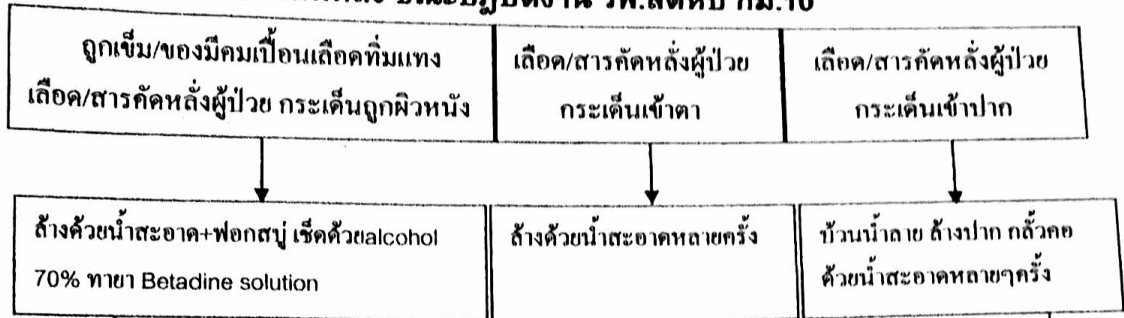


**แนวทางปฏิบัติ เมื่อบุคลากรทางการแพทย์ได้รับอุบัติเหตุจาก เข็ม ของมีคมหรือสัมผัส
สารคัดหลั่ง ขณะปฏิบัติงาน รพ.สต.ทึบ กม.10**



ในเวลาราชการ

นอกเวลาราชการ

- 1.แจ้งหัวหน้างานทันที บันทึกรายงานการเกิดอุบัติเหตุ ในแบบฟอร์ม
- 2.Counseling ผู้ป่วย เพื่อขอเจาะเลือดตรวจ AntiHIV, HbsAg,AntiHBs,AntiHCV และขอผลด่วน
- 3.พบพยาบาลให้คำปรึกษา ที่คลินิกพิเศษ เพื่อ
 - 3.1 ส่งเจาะเลือดที่ห้องlab เพื่อตรวจ AntiHIV, HbsAg,AntiHBs,AntiHCV,BUN,Cr.,CBC
 - 3.2 รับคำปรึกษาถึงความเสี่ยง และตัดสินใจทานยา
- 4.พบแพทย์
- 5.รับยาARV stat dose ที่ห้องยาภายใน 72ชม.หลังเกิด

- 1.แจ้งหัวหน้าเวรทันที บันทึกรายงานการเกิดอุบัติเหตุ ในแบบฟอร์ม
- 2.Counseling ผู้ป่วย เพื่อขอเจาะเลือดตรวจ AntiHIV, HbsAg,AntiHBs,AntiHCV และขอผลด่วน
- 3.ประสานงานกับเวรตรวจการณพยาบาลเพื่อ
 - 3.1 ส่งเจาะเลือดส่งตรวจผ่านER เพื่อตรวจ AntiHIV, HbsAg,AntiHBs,AntiHCV,BUN,Cr.,CBC
 - 3.2 พบแพทย์/รับยา ARV (คำนวณdoseโดยแพทย์ เวรจนถึงวันราชการ)
- 4.พบพยาบาล ที่คลินิกพิเศษ ในวันราชการถัดไป

สมัครใจรับประทานยา

ไม่สมัครใจรับประทานยา

สูตรยาแนะนำ

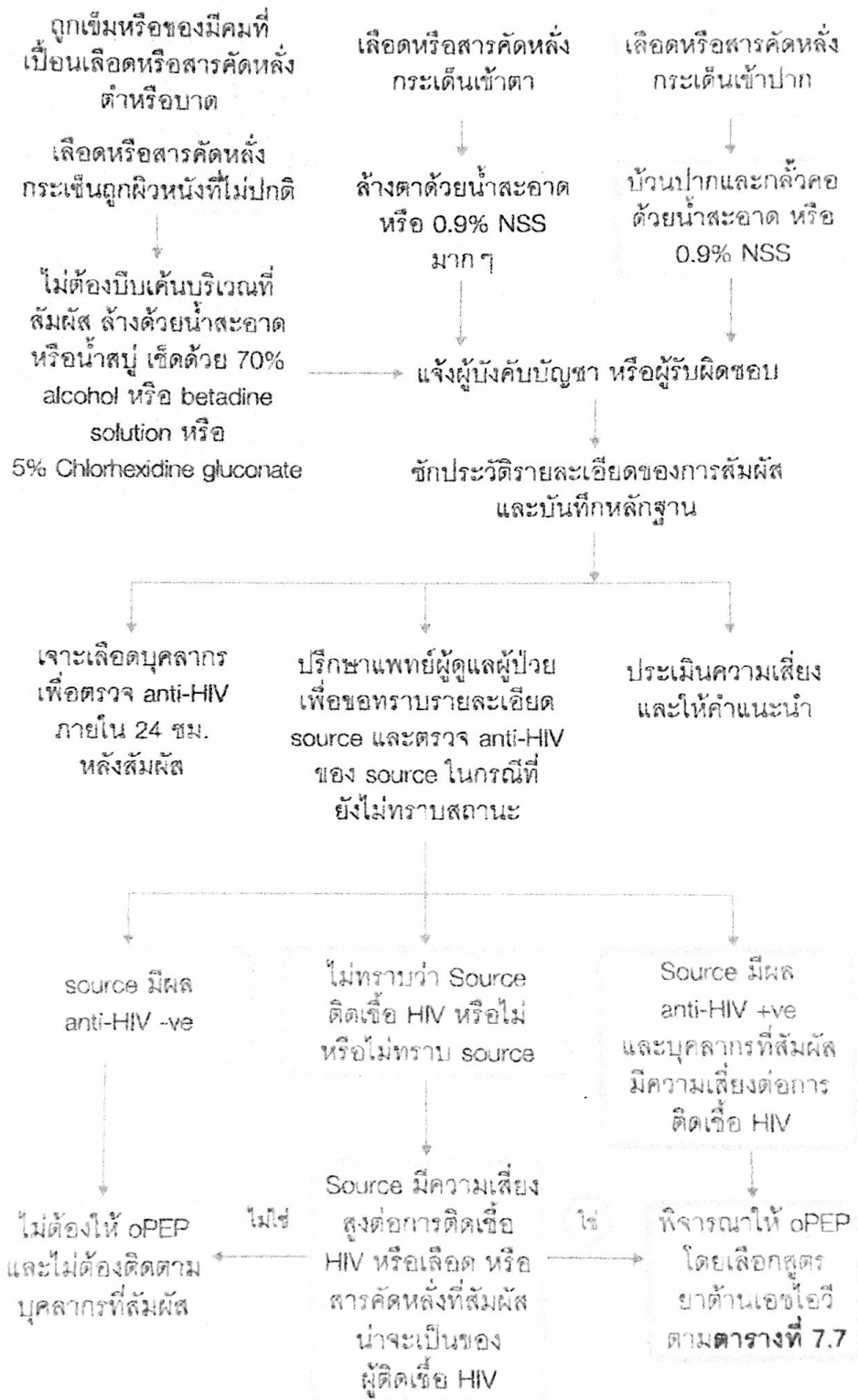
1. TRUVADA(TDF+FTC) 1*1 + Rilpivirine(25mg) 1*1
พร้อมอาหาร
 2. TRUVADA(TDF+FTC) 1*1 + LPV/r (200/50mg) 2*2
 3. TEEVIR(TDF+FTC+EFV) 1*1
- ถ้า CrCl<60 ใช้ AZT 300 1*2 แทนTDF**

ICNสรุปข้อมูลอุบัติการณ์ และผลการรักษา
ภายใน 1 สัปดาห์ และนำเสนอต่อICC

หมายเหตุ หัวหน้างาน/พยาบาลจุดปฏิบัติงาน แจ้งอุบัติการณ์ ICN ภายใน 24ชั่วโมง
ถ้าเกิน72ชม. การรับประทานยา จะไม่มีผลต่อการป้องกัน

ปรับปรุงเมื่อ เมษายน 2560

แผนภูมิที่ 7.1 แนวปฏิบัติเมื่อบุคลากรทางการแพทย์สัมผัสเลือดหรือสารคัดหลั่งขณะปฏิบัติงาน



Lab post exposure to HIV (เข็มตำ, ถูกเข็มขึ้น, etc.)

ผู้ถูกกระทำ Anti HIV – Baseline / 1 เดือน / 3 เดือน

CBC, Cr, ALT – Baseline

HBsAg – Baseline / 3 เดือน

Anti HBs – Baseline

Anti HCV – Baseline, 3 เดือน

Source Anti HIV- ทันที

HBs Ag – ทันที

Anti HCV -ทันที

ถ้า Source AntiHCV Positive ให้ผู้ถูกกระทำตรวจ Anti HIV ซ้ำที่ 6 เดือน

สูตรยา

แนะนำ 1. TRUVADA(TDF+ FTC) 1*1 +Rilpivirine 25 1*1

พร้อมอาหาร

2. TRUVADA (TDF+FTC) 1*1 +LPV/r 200/50 2*2

3. TEEVIR (TDF+FTC+EFV) 1*1

CrCl < 60 ใช้ AZT 300 1*2 แทน TDF

ห้ามทาน ergotamine derivative ขณะทาน LPV/r หรือ EFV → Severe Vasoconstriction → Blue Limb

กรณีเกิดอุบัติเหตุถูกของมีคมที่สัมผัสเลือด / สารคัดหลั่ง

ของผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยเอดส์ ขณะปฏิบัติหน้าที่

• โปรดกรอกแบบฟอร์มนี้และส่งกลับไปยังกองโรงพยาบาลภูมิภาค หลังจากให้นายบุคลากรทั้งกรณีให้ยาครบ 4 สัปดาห์ / กรณีได้รับยาไม่ครบ (จำนวน 4 หน้า)

1. จังหวัด..... หน่วยงาน / โรงพยาบาล แผนก / หอผู้ป่วย

2. ชื่อบุคลากร HN. รหัสยา

อายุ ปี เพศ

3. ประเภทบุคลากร () แพทย์ () พยาบาล () อื่น ๆ ระบุ

4. เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น วันที่ เดือน พ.ศ. เวลา น.

สถานที่

5. บรรยายลักษณะงานที่ปฏิบัติและการสัมผัสเลือด / สารคัดหลั่งที่เกิดขึ้น.....

รายละเอียดเหตุการณ์

6. ลักษณะการสัมผัสเลือด / สารคัดหลั่ง

() ของแหลมที่สัมผัสเลือด / สารคัดหลั่งของผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยเอดส์ ทิ่ม ตำ บาด

ชนิดของแหลมคม () มีด () แก้ว

() เข็ม () แบบมีรู () แบบทึบ

() อื่น ๆ ระบุ

() ผิวหนังที่มีบาดแผลสัมผัสเลือด / สารคัดหลั่งของผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยเอดส์

() เยื่อบุตา เนื้อเยื่ออ่อนสัมผัสเลือด / สารคัดหลั่งของผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยเอดส์

() อื่น ๆ ระบุ

ในกรณีที่ถูกเข็มจากผู้ป่วย พบว่า

() เข็มสัมผัสเส้นเลือดดำของผู้ป่วย

() เข็มสัมผัสเส้นเลือดแดงของผู้ป่วย

ชื่อ - สกุล ผู้ป่วย HN.

HIV test CD 4 count (ถ้ามี)

การดำเนินโรคของผู้ป่วยระยะ () Asymptomatic HIV () Symptomatic HIV () AIDS

7. ตำแหน่งวัยวะที่สัมผัสเลือด / สารคัดหลั่ง

บรรยายลักษณะบาดแผล

แผล () ลึก เซนติเมตร

พบเลือดบนบาดแผลชัดเจน () พบ () ไม่พบ

8. มาพบแพทย์ วันที่ เวลา

9. ผลการตรวจเลือดหลังประสบอุบัติเหตุทันที (Day 0)

9.1 Hemoglobin mg / % Hematocrit %

Red cell morphology

WBC Count per cu.mm.

Neutrophil % Lymphocyte % Monocytes %

Basophil % Eosinophil % Band Form %

9.2 HIV Ab () บวก () ลบ

9.3 HB_s Ag () บวก () ลบ

9.4 HB_s Ab () บวก () ลบ

9.5 HCV Ab () บวก () ลบ () ไม่ทราบ () ไม่ได้ตรวจ

9.6 ประวัติพฤติกรรมเสี่ยง () มี () ไม่มี () ไม่ทราบ () ไม่ได้ถาม

ถ้ามี ระบุ 1.

2.

10. Urine Exam ก่อนรับประทานยา

10.1 ALbumine () negative () 1⁺ () 2⁺ () 3⁺ () 4⁺

10.2 Occult Blood / HPF

10.3 WBC / HPF

10.4 RBC / HPF

10.5 Epithelium cell / HPF

10.6 Cast / HPF

** กรณีบุคลากรผู้ประสบอุบัติเหตุเป็นหญิง ห้ามตรวจปัสสาวะในขณะที่มีประจำเดือน **

11. ก่อนรับประทานยามีอาการ () ปวดศีรษะ () ไม่มีอาการปวดศีรษะ

- บุคลากรยินยอมที่จะให้ตรวจเลือด () ทราบ () ไม่ทราบ
 บุคลากรยินดีรักษาระดับน้ำตาลเพื่อป้องกันเชื้อ HIV () ทราบ () ไม่ทราบ
 บุคลากรยินดีรักษาระดับน้ำตาลเพื่อป้องกันเชื้อ Hepatitis () ทราบ () ไม่ทราบ

ลงชื่อ (บุคลากร) ลงชื่อ แพทย์ผู้ตรวจ
 (.....) (.....)

13. กรณีบุคลากรได้รับการรักษาเพื่อป้องกันการติดเชื้อ คือ

13.1 () TRUVADA (TDF+FTC) 1*1 od + Rilpivirine (25mg) 1*1 พร้อมอาหาร

() รับประทานยาครบ 4 สัปดาห์

() ไม่ครบ รับประทานได้ วัน

13.2 () TRUVADA (TDF+FTC) 1*1od + LPV/r (200/50 mg)2 tab @ 12 Hrs

() รับประทานยาครบ 4 สัปดาห์

() ไม่ครบรับประทานได้ วัน

13.3 () TEEVIR (TDF+FTC+EFV) 1*1 od

() รับประทานยาครบ 4 สัปดาห์

() ไม่ครบรับประทานได้ วัน

14. ผลการตรวจรับประทานยา

14.1 รับประทานยาครบ 4 สัปดาห์

() ไม่มีผลข้างเคียง

() มีผลข้างเคียง ระบุ

() คลื่นไส้

() ผม่วาง

() เหนื่อยอ่อนเพลีย

() น้ำหนักลด

() เบื่ออาหาร

() ตาเหลือง / ตัวเหลือง

() มึนงง / เวียนศีรษะ

() ปวดศีรษะ

() ผื่น ระบุ

() อื่น ๆ ระบุ

14.2 หยุดยาก่อนครบ 4 สัปดาห์ เพราะ

14.3 อื่นๆ

15. ผลการตรวจเลือดบุคลากร เมื่อรับประทานยาครบ 4 สัปดาห์

15.1 Hemoglobin mg / % Hematocrit %
Red cell morphology
WBC Count per cu.mm.
Neutrophil % Lymphocyte % Monocytes %
Basophil % Eosinophil % Band Form..... %

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

15.3 HB_s Ag () บวก () ลบ () ไม่ทราบ () ไม่ได้ตรวจ

15.4 HB_s Ab () บวก () ลบ () ไม่ทราบ () ไม่ได้ตรวจ

15.5 HCV Ab () บวก () ลบ () ไม่ทราบ () ไม่ได้ตรวจ

16. Urine Exam หลังรับประทานยาครบ 4 สัปดาห์

16.1 ALbumine () negative () 1⁺ () 2⁺ () 3⁺ () 4⁺

16.2 Occult Blood / HPF

16.3 WBC / HPF

16.4 RBC / HPF

16.5 Epithelium cell..... / HPF

16.6 Cast / HPF

** กรณีบุคลากรผู้ประสบอุบัติเหตุเป็นหญิง ห้ามตรวจปัสสาวะในขณะที่มีประจำเดือน **

** กรณีผลการตรวจปัสสาวะผิดปกติเกิดจากนี้..... () ใช่ () ไม่ใช่

17. บุคลากรได้รับการ Counselling () ได้รับ

() ไม่ได้รับ เพราะ

แพทย์ผู้บันทึก

(.....)

วันที่ เดือน พ.ศ.

หมายเหตุ :- โปรดกรอกแบบฟอร์มนี้ เมื่อบุคลากรได้รับยาป้องกันการติดเชื้อ HIV แล้ว ทั้งกรณีรับยาครบ / รับยาไม่ครบ ให้และส่งไปยังกองโรงพยาบาลภูมิภาค เพื่อวิเคราะห์และประเมินผลตลอดจนปรับเปลี่ยนการจัดยาที่เหมาะสมแก่บุคลากรต่อไป