
	โรงพยาบาลน้ำโสม	แก้ไขครั้งที่..... วันที่ 1 ตุลาคม 2566
	ประเภทเอกสาร : ระเบียบปฏิบัติ(System Procedure)	รหัสเอกสาร
	ทีม/หน่วยงานจัดทำ : ทีมป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ	หน้า 1 จาก 6
	ผู้ที่เกี่ยวข้อง : ทุกงานในกลุ่มงานการพยาบาล	ผู้อนุมัติ : 
	เรื่อง : แนวทางปฏิบัติเมื่อได้รับบาดเจ็บจากของมีคมหรือสัมผัสสารคัดหลั่ง	(พญ.กัลยารัตน์ อินทบุญศรี)

แนวทางปฏิบัติเมื่อได้รับบาดเจ็บจากของมีคมหรือสัมผัสสารคัดหลั่ง

วัตถุประสงค์

เพื่อป้องกันบุคลากรติดเชื้อจากการได้รับบาดเจ็บจากของมีคมและสัมผัสสารคัดหลั่ง

ขอบข่าย

แนวทางนี้ครอบคลุม การปฏิบัติตัวเมื่อได้รับบาดเจ็บจากของมีคมและสัมผัสสารคัดหลั่ง ตั้งแต่การปฐมพยาบาล จนถึงระบบการรายงาน


นิยามศัพท์

การบาดเจ็บจากของมีคมและสัมผัสสารคัดหลั่ง หมายถึง การได้รับบาดเจ็บจากของมีคมที่ใช้กับผู้ป่วย ในขณะที่ปฏิบัติงาน รวมทั้งถูกสารคัดหลั่ง เลือดหรือ สารน้ำของผู้ป่วยกระเด็นถูกเนื้อเยื่อของร่างกายบุคลากรแล้วมีโอกาสติดเชื้อไวรัสเอดส์ (HIV) ไวรัสตับอักเสบบี (HBV) และ ไวรัสตับอักเสบบี ซี (HCV)


ขั้นตอนปฏิบัติเมื่อได้รับการบาดเจ็บจากของมีคมและสัมผัสสารคัดหลั่งของผู้ป่วยขณะปฏิบัติงาน

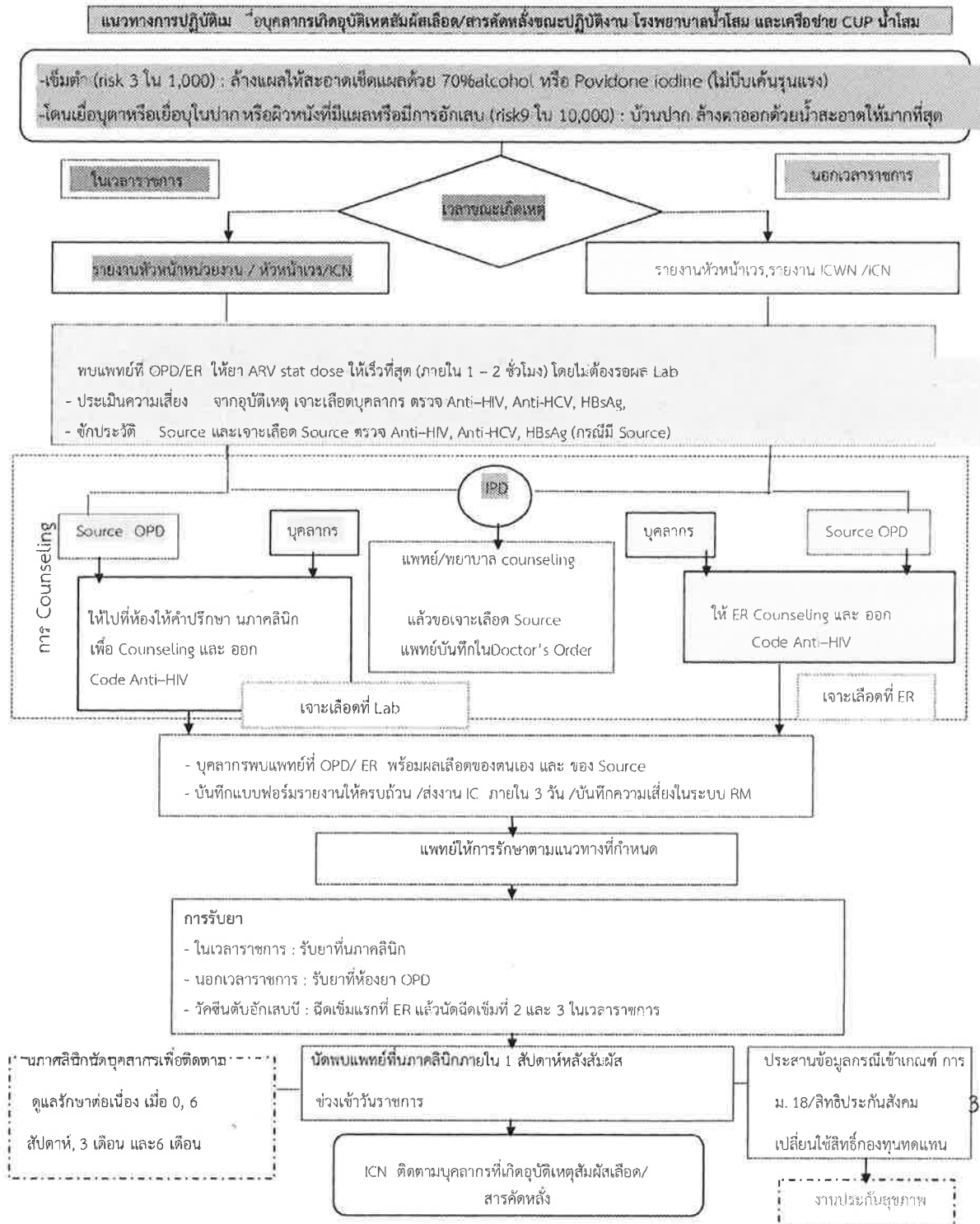
(การดำเนินการทุกขั้นตอนต้องทำเป็นเรื่องลับ)



1. ปฐมพยาบาลเบื้องต้น
 - 1.1 ถูกเข็มหรือของมีคมที่เปื้อนเลือดหรือสารคัดหลั่ง ของผู้ป่วยที่แทงหรือบาด รีบทำความสะอาดแผลด้วยน้ำสบู่ **ห้าม** ปีบเค้นเลือด ทาแผลด้วย 70%Alcohol หรือ providine
 - 1.2 ถ้าเลือดหรือสารคัดหลั่งของผู้ป่วยกระเด็นถูก
 - ผิวหนังไม่ว่าจะมีบาดแผลหรือไม่ก็ตาม ทำความสะอาดแบบถูกเข็มที่ตำ
 - ตา ล้างตาด้วยน้ำสะอาดหลายๆครั้ง
 - ปาก บ้วนปากด้วยน้ำสะอาดหลายๆครั้ง หรือใช้ hydrogen peroxide ผสมน้ำ 1: 1 บ้วนปาก
2. รายงานผู้บังคับบัญชา และบันทึกในแบบบันทึก รายงานการบาดเจ็บจากของมีคมและสารคัดหลั่งของผู้ป่วยขณะปฏิบัติงาน ..
3. รพ.สต. Pre counseling ให้ผู้ป่วยลงนามยินยอม และเจาะเลือดผู้ป่วยนำมาส่งตรวจที่รพ.
4. บุคลากรผู้ได้รับอุบัติเหตุ มารพ.ทำบัตรและพบแพทย์เพื่อวิเคราะห์ความเสี่ยง และให้การดูแลตามแนวทาง

	โรงพยาบาลนำโสม	แก้ไขครั้งที่..... วันที่ 1 ตุลาคม 2566
	ประเภทเอกสาร : ระเบียบปฏิบัติ(System Procedure)	รหัสเอกสาร
	ทีม/หน่วยงานจัดทำ : ทีมป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ	หน้า 2 จาก 6
	ผู้ที่เกี่ยวข้อง : ทุกงานในกลุ่มงานการพยาบาล	ผู้อนุมัติ :
	เรื่อง : แนวทางปฏิบัติเมื่อได้รับบาดเจ็บจากของมีคมหรือสัมผัสสารคัดหลั่ง	(พญ.กัลยารัตน์ อินทบุญตรี)

5. แจ้งพยาบาลป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลทราบ เพื่อรับคำปรึกษา และบันทึกในแบบบันทึก...คำแนะนำที่ให้แก่บุคลากรที่ได้รับบาดเจ็บจากของมีคมและสารคัดหลั่งของผู้ป่วยขณะปฏิบัติงาน ..เพื่อรายงานประธาน IC ต่อไป
6. พยาบาลป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อ ติดตามผลหลังเกิดอุบัติการณ์
7. หลังจากได้รับอุบัติเหตุ ต้องสวมถุงยางอนามัยถ้ามีเพศสัมพันธ์ทุกครั้ง และไม่บริจาคโลหิตในระยะเวลา 6 เดือนแรกนี้
8. ในกรณีผลการตรวจเลือดเพื่อหา Anti HIV ครั้งแรกเป็นลบ และผลการตรวจเลือดเพื่อหา Anti HIV ซ้ำ ภายหลังจากได้รับอุบัติเหตุเป็นบวกให้แจ้งพยาบาลควบคุมโรคติดเชื้อทันที เพื่อดำเนินการแต่งตั้งกรรมการเพื่อพิจารณาว่าผู้ได้รับอุบัติเหตุติดเชื้อจากการปฏิบัติงานจริง

	โรงพยาบาลน้ำโสม	แก้ไขครั้งที่..... วันที่ 1 ตุลาคม 2566
	ประเภทเอกสาร : ระเบียบปฏิบัติ(System Procedure)	รหัสเอกสาร
	ทีม/หน่วยงานจัดทำ : ทีมป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ	หน้า 3 จาก 6
	ผู้ที่เกี่ยวข้อง : ทุกงานในกลุ่มงานการพยาบาล	ผู้อนุมัติ :
	เรื่อง : แนวทางปฏิบัติเมื่อได้รับบาดเจ็บจากของมีคมหรือสัมผัสสารคัดหลั่ง	(พญ.กัลยารัตน์ อินทบุญศรี)



	โรงพยาบาลน้ำโสม	แก้ไขครั้งที่..... วันที่ 1 ตุลาคม 2566
	ประเภทเอกสาร : ระเบียบปฏิบัติ(System Procedure)	รหัสเอกสาร
	ทีม/หน่วยงานจัดทำ : ทีมป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ	หน้า 4 จาก 6
	ผู้ที่เกี่ยวข้อง : ทุกงานในกลุ่มงานการพยาบาล	ผู้อนุมัติ :  (พญ.กัลยารัตน์ อินทบุญศรี)
	เรื่อง : แนวทางปฏิบัติเมื่อได้รับบาดเจ็บจากของมีคมหรือสัมผัสสารคัดหลั่ง	

แบบฟอร์มรายงานการเกิดอุบัติเหตุสัมผัสเลือด/สารคัดหลั่งขณะปฏิบัติงาน โรงพยาบาลน้ำโสม

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป/ข้อมูลบุคลากร	<p>1. ทายผู้ป่วย/หน่วยงานที่เกิดอุบัติเหตุ.....โรครุ่น.....เบอร์โทรส่วนตัว.....</p> <p>2. ข้อมูลบุคลากร</p> <p>2.1 ชื่อบุคลากร..... อายุ..... ปี เพศ () ชาย () หญิง HN..... ตำแหน่ง..... หน่วยงาน.....</p> <p>2.2 บุคลากรมีภูมิต้านทานต่อไวรัสตับอักเสบบี <input type="checkbox"/> มีภูมิต้านทานต่อไวรัสตับอักเสบบี (Anti-HBs Positive) <input type="checkbox"/> ไม่มีภูมิต้านทาน (Anti-HBs negative) และ <input type="checkbox"/> ได้รับวัคซีนป้องกันตับอักเสบบี <input type="checkbox"/> ครบ 3 เข็ม <input type="checkbox"/> ไม่ครบ <input type="checkbox"/> ไม่เคยฉีดวัคซีนป้องกันตับอักเสบบี / จำไม่ผู้</p> <p>3. ข้อมูลการเกิดอุบัติเหตุ</p> <p>3.1 อุบัติเหตุเกิดเมื่อวันที่.....เดือน..... พ.ศ..... เวลา.....</p> <p>3.2 ลักษณะของอุบัติเหตุ <input type="checkbox"/> เข็ม ใบมีด หรือของมีคมที่เปื้อนเลือด หรือสารคัดหลั่งจากร่างกายผู้ป่วยทิ่มตำหรือบาด <input type="checkbox"/> เข็มฉีดยา <input type="checkbox"/> เข็มเย็บ <input type="checkbox"/> มีด <input type="checkbox"/> แก้ว <input type="checkbox"/> อื่นๆ..... <input type="checkbox"/> ผิวหนังที่บาดเจ็บสัมผัสเลือด หรือสารคัดหลั่งจากร่างกายผู้ป่วย <input type="checkbox"/> เสื้อผ้า เนื้อเยื่ออ่อน สัมผัสถูกเลือดหรือสารคัดหลั่งจากร่างกายผู้ป่วย <input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ.....</p> <p>3.3 บรรยายเหตุการณ์ (บอกตำแหน่ง/ลักษณะการเกิด)..... ให้การปฐมพยาบาลเบื้องต้น คือ.....</p>
ส่วนที่ 2 ข้อมูลแหล่งเลือด/สารคัดหลั่ง	<p>4. ข้อมูลแหล่งของเลือด/สารคัดหลั่ง (ผู้รับบริการ/ผู้ป่วย)</p> <p>() ไม่ทราบแหล่งของเลือด/สารคัดหลั่ง เช่น เข็มจากถุงขยะติดเชื้อ เป็นต้น (ข้ามไปตอบข้อ 5) <input type="checkbox"/> ทราบแหล่งของเลือด/สารคัดหลั่ง คือ ผู้ป่วยชื่อ..... HN/AN..... <input type="checkbox"/> ผู้ป่วย (Source) มีผลการตรวจเลือด คือ - ผลการตรวจ Anti-HIV <input type="checkbox"/> Anti-HIV positive ไม่เคยได้รับยาต้านไวรัส <input type="checkbox"/> Anti-HIV negative <input type="checkbox"/> Anti-HIV positive n สันนิษฐานหรือเคยรับยาต้านไวรัส(ระบุชื่อยาถ้าทราบ) <input type="checkbox"/> ไม่ ตรวจ/ไม่ทราบ ผลการตรวจตับอักเสบบีของผู้ป่วย <input type="checkbox"/> HBsAg positive <input type="checkbox"/> Anti HBs positive <input type="checkbox"/> ไม่ได้ตรวจ/ไม่ทราบ -ผลการตรวจตับอักเสบบีของผู้ป่วย <input type="checkbox"/> Anti-HCV positive <input type="checkbox"/> Anti-HCV negative <input type="checkbox"/> ไม่ได้ตรวจ/ไม่ทราบ -ประวัติพฤติกรรมเสี่ยงของผู้ป่วย <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ</p>
ส่วนที่ 3 ข้อมูลการดูแลหลังเกิดอุบัติเหตุ	<p>5. บุคลากรที่เกิดอุบัติเหตุ ได้รับการดูแลหลังเกิดอุบัติเหตุ ได้แก่</p> <p>-บุคลากร มาพบแพทย์ที่ ER ในวันที่..... เวลา.....</p> <p>-บุคลากรยินยอมที่จะตรวจเลือดหา <input type="checkbox"/> Anti-HIV <input type="checkbox"/> ไวรัสตับอักเสบบี <input type="checkbox"/> ไวรัสตับอักเสบบี <input type="checkbox"/> VDRL <input type="checkbox"/> CBC <input type="checkbox"/> Cr <input type="checkbox"/> ALT <input type="checkbox"/> ไม่ยินยอมตรวจเลือด</p> <p>-บุคลากรยินยอมรับการรักษาก่อนเพื่อป้องกันการติดเชื้อ HIV <input type="checkbox"/> ยินยอม <input type="checkbox"/> ไม่ยินยอม</p> <p>-บุคลากรยินยอมรับการรักษาก่อนเพื่อป้องกันการติดเชื้อตับอักเสบบี <input type="checkbox"/> ยินยอม <input type="checkbox"/> ไม่ยินยอม</p> <p>-บุคลากรยินยอมรับการรักษาก่อนเพื่อป้องกันการติดเชื้อตับอักเสบบี <input type="checkbox"/> ยินยอม <input type="checkbox"/> ไม่ยินยอม</p>
ส่วนที่ 4 ข้อมูลการติดตามดูแลต่อเนื่อง	<p>6. การนัดบุคลากรเพื่อการติดตามดูแลต่อเนื่องหลังเกิดอุบัติเหตุสัมผัสเลือด/สารคัดหลั่ง <input type="checkbox"/> นัดพบแพทย์ที่ภาคคลินิก ภายใน 1 สัปดาห์หลังเกิดเหตุ ช่วงพักรักษา</p> <p>7. กรณีบุคลากรตัดสินใจรับประทานยา ARV -รับประทานยานาน.....วัน/สัปดาห์ <input type="checkbox"/> ครบคอร์ส <input type="checkbox"/> ไม่ครบคอร์ส -กรณีบุคลากรไม่ครบคอร์ส สาเหตุเนื่องจาก.....</p> <p>8. ได้ส่งการขอความช่วยเหลือตาม ม.18 หรือไม่ <input type="checkbox"/> ส่ง <input type="checkbox"/> ไม่ได้ส่ง</p> <p>9. บุคลากรมาตรวจที่ภาคคลินิกตามนัดเพื่อติดตามผลเลือด ครบทุกครั้ง เป็นเวลาทั้งหมด 6 เดือน <input type="checkbox"/> ตรวจครบ <input checked="" type="checkbox"/> ตรวจไม่ครบ</p>
<p>ส่งชื่อ.....(บุคลากรที่เกิดอุบัติเหตุ) ลงชื่อ.....(หัวหน้าหน่วยงาน)</p> <p>ส่งชื่อ.....(แพทย์ผู้ดูแล) ลงชื่อ.....(ICN)</p> <p>หมายเหตุ บันทึกให้ครบทั้ง 4 ส่วน แล้วส่งแบบฟอร์มนี้ที่งาน IC หรือ ICN /CWN รพ.น้ำโสม ในวันและเวลาราชการ (ภายใน 3 วันหลังเกิดอุบัติเหตุ)</p>	