การป้องกันอุบัติเหตุจากการสัมผัสเลือดหรือสารคัดหลั่งจากการปฏิบัติงาน

แนวปฏิบัติเมื่อบุคลากรได้รับอุบัติเหตุในขณะปฏิบัติงาน

1. ล้างเลือดหรือสารคัดหลั่งออกให้มากที่สุด
2. ถ้ามีเลือดออกให้บีบเลือดออกให้มากที่สุด ฟอกวะล้างแผลด้วยน้ำสะอาดและสบู่ แล้วเช็ดตามด้วย 70% alcohol
3. ถ้าเลือดหรือสารคัดหลั่งกระเด็นเข้าปากให้ บ้วนน้ำลายออกให้มากที่สุด และล้างปากด้วยการกลั้วคอด้วยน้ำสะอาดหลายๆครั้ง
4. ถ้าเลือดหรือสารน้ำกระเด็นเข้าตา หรือสัมผัสเยื่อเมือกต่างๆ ให้ล้างด้วยน้ำสะอาด หรือน้ำยาล้างตาหลายๆครั้งทันที
5. รายงานแพทย์เวร เพื่อพิจารณาส่งตรวจเลือดคนไข้ ตรวจหา anti HIV และ HBsAg ทันที
6. แจ้งผู้ให้คำปรึกษา พบผู้ป่วยเพื่อขอความร่วมมือในการเจาะเลือดตรวจหา anti HIV และ HBsAg
7. กรณีบุคคลากรมีผลเลือดบวก หรือมีความเสี่ยงสูงที่จะติดเชื้อ HIV ให้บุคลากรนั้นกินยาโดยเร็วที่สุด หลังเกิดอุบัติเหตุภายใน 24 ชั่วโมง โดยรายงานแพทย์เวรเพื่อรับยารับประทานได้ 1 สัปดาห์ หากไม่มีปัญหาให้รับยาให้ครบ 4 สัปดาห์ ในกรณีที่ไม่สามารถรับยาครบ 4 สัปดาห์ ให้นำยาคืนห้องยาทันที
8. เจาะเลือดบุคลากรผู้ประสบอุบัติเหตุในเดือนที่ 3และเดือนที่ 6
9. ลงบันทึกแบบบันทึกและรายงานอุบัติเหตุในการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข

 การเจาะเลือด

 ในผู้ป่วย 1. Anti HIV

 2. HBsAg

 ในบุคลากร

1. Anti HIV (ตรวจซ้ำในเดือนที่3และเดือนที่ 6)
2. HBsAg HbsAb
3. CBC Platlete , BUN , Creatinin , LFT(ตรวจซ้ำในเดือนที่3และเดือนที่ 6ในกรณีรับยาครบ 4 สัปดาห์)

การให้ยาต้านไวรัส ให้รับประทานภายใน 24 ชั่วโมงหลังเกิดอุบัติเหตุ โดยรับประทานยา 3 ชนิดคือ

 1. AZT (100 mg ) รับประทานครั้งละ 2 เม็ด 3 เวลาหลังอาหาร

 2. 3TC (150 mg) รับประทานครั้งละ 1 เม็ด 2 เวลา หลังอาหาร

 3. Indinavir (400 mg) รับประทานครั้งละ 2 เม็ด 3 เวลา หลังอาหาร

 \*\* ทั้งนี้การให้ยาหรือไม่ขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของแพทย์

การรับวัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบ

 ถ้าเลือดผู้ป่วยบวกสำหรับ HBsAg โอกาสที่ผู้ไม่มีภูมิคุ้มกันและถูกเข็มป้อนเลือดตำ มีโอกาสติดเชื้อ 23-47 % ถ้าบุคลากรนั้นยังไม่เคยได้รับวัคซีนมาก่อน ให้ฉีด Hepatitis B immunoglobulin ภายใน 7 วัน 1เข็ม และฉีดวัคซันป้องกันตับอักเสบจากไวรัสบี ถ้าบุคลากรสั้นเคยฉีดวัคซีนมาก่อน และมีภูมิคุ้มกันสูงไม่ต้องฉีดยา ถ้ามีภูมิคุ้มกันต่ำให้ฉีด Hepatitis B immunoglobulin 1 เข็มและวัคซีน 1 เข็ม

 ถ้าไม่มีการตรวจเลือดผู้ป่วยเพื่อหา HBsAg ด้วยเหตุใดก็ตาม บุคลากรที่ไม่มีภูมิคุ้มกันควรรับการฉีดวัคซีน ส่วน Hepatitis B immunoglobulin นั้นให้พิจารณาเป็นรายๆไป

 กรณีบุคลากรติดเชื้อเอดส์จากการปฏิบัติหน้าที่ ให้ดำเนินการตามระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการสงเคราะห์ผู้ติดเชื้ออันเนื่องมาจากการปฏิบัติหน้าที่ พ.ศ 2540 ตามข้อ 7 และข้อ 8 โดย

 1. แต่งตั้งคณะกรรมการระดับจังหวัดตรวจสอบข้อเท็จจริง

 2. กรณีที่ผลพิจารณาเป็นจริง ให้ยื่นคำร้องขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ติดเชื้อเอดส์ต่อส่วนราชการ

 (ใช้แบบฟอร์ม7501)

 3. หัวหน้าส่วนแต่งตั้งคณะกรรมการ มีจำนวนไม่น้อยกว่า 3 คน โดยคณะกรรมการไม่น้อยกว่าหนึ่งต้องเป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคเอดส์ เพื่อพิจารณาสอบสวนและเสนอความคิดเห็นเกี่ยวกับสิทธิและจำนวนเงินสงเคราะห์ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ที่จะได้รับต่อหัวหน้าส่วนราชการ

แบบบันทึกเมื่อเกิดอุบัติเหตุในการปฏิบัติงาน

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| แบบบันทึก | รับที่ | นำส่งที่ |
| 1. แบบฟอร์มที่ 1 แบบบันทึกและรายงานอุบัติเหตุในการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข | ห้องยา | ห้องยา |
| 2. แบบฟอร์มที่ 2 รายงานการเกิดอุบัติเหตุเพื่อรับยา | ห้องยา | ห้องยาเพื่อนำส่งสำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ |
| 3. แบบฟอร์มที่ 3 แบบบันทึกและรายงานสำหรับบุคลากรกรณีเกิดอุบัติเหตุของมีคมที่สัมผัสเลือด/สารคัดหลั่งของผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยเอดส์ ขณะปฏิบัติหน้าที่ | ห้องยา | ห้องยาเมื่อบุคลากรได้รับยาป้องกันการติดเชื้อ HIV แล้ว ให้ส่งให้สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ |
| 4. แบบบันทึกและรายงานอุบัติเหตุในการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข | งานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล |  |

 หมายเหตุ แบบฟอร์มที่ 1,2,3 จะได้รับเมื่อบุคลากรผู้ประสบเหตุไปเบิกยาต้านเชื้อไวรัสที่ห้องยา

แบบฟอร์มที่ 1

แบบบันทึกและรายงานอุบัติเหตุในการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ลำดับที่....

1. ชื่อหน่วยงาน............................................................จังหวัด......................................................
2. หน่วยงานย่อย......................................................................................................................................
3. ชื่อบุคลากร..............................................soundex code………… อายุ........ปี พศ...............
4. ประเภทของบุคลากร

( ) แพทย์ ( ) พยาบาล ( ) อื่นๆ ระบุ..........................................................................

 4. อุบัติเหตุที่เกิดขึ้น วัน.........เดือน..............พ.ศ........................เวลา..........................สถานที่................

 5. ลักษณะอุบัติเหตุ

 ( ) ของแหลมคมที่ปนเปื้อนเลือดหรือสารคัดหลั่งจากผู้ป่วยทิ่มตำหรือบาด

 ระบุ ( ) มีด ( ) แก้ว ( ) เข็ม ( ) อื่นๆ

 ( ) ผิวหนังที่มีบาดแผล สัมผัสถูกเลือด หรือสารคัดหลั่งจากผู้ป่วย

 ( ) เยื่อบุตา เนื้อเยื่ออ่อนสัมผัสถูกเลือดหรือสารคัดหลั่งจากผู้ป่วย

 ( ) อื่นๆ ระบุ.....................................................................................................................................

1. บรรยายลักษณะงานที่ปฏิบัติและอุบัติเหตุที่เกิดขึ้น.............................................................................

..........................................................................................................................................................

1. ตำแหน่งอวัยวะที่เกิดอุบัติเหตุ..............................................................................................................
2. การปฐมพยาบาลที่ได้รับคือ..................................................................................................................
3. ผู้ป่วย/ผู้รับบริการมีผลการตรวจเลือดและประวัติชื่อ............................................Dx………………

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

9.2 HIV Ag ( ) บวก ( ) ลบ ( ) ไม่ทราบ ( ) ไม่ได้ตรวจ

9.3 HBsAg ( ) บวก ( ) ลบ ( ) ไม่ทราบ ( ) ไม่ได้ตรวจ

9.4 HBs Ab ( ) บวก ( ) ลบ ( ) ไม่ทราบ ( ) ไม่ได้ตรวจ

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

9.6 ประวัติพฤติกรรมเสี่ยง ( ) บวก ( ) ลบ ( ) ไม่ทราบ ( ) ไม่ได้ตรวจ

10. บุคลากรทราบถึงข้อดีและข้อเสียของการตรวจเลือด ( ) ใช่ ( ) ไม่ใช่

 บุคลากรทราบยินยอมที่จะให้ตรวจเลือด ( ) ใช่ ( ) ไม่ใช่

 บุคลากรทราบยินดีรักษาขั้นต้นเพื่อป้องกันติดเชื้อ HIV ( ) ใช่ ( ) ไม่ใช่

 บุคลากรยินดีรักษาขั้นต้นเพื่อป้องกันเชื้อHepatitis B ( ) ใช่ ( ) ไม่ใช่

 ลงชื่อ...............................................บุคลากร ลงชื่อ....................................................แพทย์ผู้ดูแล

 ( ) ( )

 วันที่........................................................ วันที่........................................

แบบฟอร์มที่ 2

รายงานการเกิดอุบัติเหตุ เพื่อรับยาโครงการใช้ยาป้องกันการติดเชื้อHIV สำหรับบุคลากร

กรณีอุบัติเหตุถูกของมีคมที่สัมผัสเลือด/สารคัดหลั่งของผู้ป่วยติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ขณะปฏิบัติหน้าที่

1. ชื่อ/สกุล......................................................................................อายุ.....................ปีHN…………………

 โรงพยาบาล/หน่วยงาน.............................................................................แผนก.......................................

 จังหวัด.....................................................................................................................................................

2. วันที่เกิดอุบัติเหตุ..................................เดือน......................................พ.ศ...................................................

 3. ลักษณะการเกิดอุบัติเหตุ/การสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งของบุคลากร....................................................

..........................................................................................................................................................................

..........................................................................................................................................................................

สถานที่เกิดอุบัติเหตุ.........................................................................................................................................

1. บรรยายลักษณะบาดแผล.....................................................................................................................

หมายเหตุที่ให้ยาป้องกัน...................................................................................................................................

 ยาที่ได้ ( ) AZT3+TC ( ) AZT 3+TC + Indinavir

 วันที่เริ่มรับประทานยา เดือน...................พ.ศ.................หลังเกิดอุบัติเหตุ......................ชั่วโมง

 ผลการรับประทานยา

 ( ) รับประทานยาครบ 4 สัปดาห์ โดย ( ) ไม่มีผลข้างเคียง

 ( ) มีผลข้างเคียง ระบุ..........................................

 ( ) ไม่ครบ รับประทานได้........วัน เพราะ...........................................................................................

..........................................................................................................................................................................

 ( )

 แพทย์ผู้ดูแล

 วันที่รายงาน.....เดือน................พ.ศ...........

 หมายเหตุ โปรดกรอกแบบฟอร์มนี้ และส่งไปยังสำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ เพื่อประเมินสถานการณ์และจำนวนผู้เกิดอุบัติเหตุและวางแผนจัดหายาป้องกันการติดเชื้อให้เพียงพอในโอกาสต่อไป

แบบฟอร์มที่ 3

แบบบันทึกและรายงาน สำหรับบุคลากร

กรณีเกิดอุบัติเหตุที่สัมผัสเลือด/สารคัดหลั่งของผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยเอดส์ ขณะปฏิบัติหน้าที่

 โปรดกรอกแบบฟอร์มนี้และส่งกลับไปยังกองโรงพยาบาลภูมิภาค หลังให้ยาบุคลากร ทั้งกรณีให้ยาครบ 4 สัปดาห์และกรณีรับยาไม่ครบ( จำนวน 4 หน้า)

1. จังหวัด...........................................................................หน่วยงาน/โรงพยาบาล.................................

 แผนก/หอผู้ป่วย.......................................................

1. ชื่อบุคลากร .............................................HN…………………………..รหัสของยา..........................

อายุ...................ปี เพศ.............................

 3. ประเภทบุคลากร ( ) แพทย์ ( ) พยาบาล ( ) อื่นๆ ระบุ....................................................

 สถานที่................................................................................................................................................

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

 สถานที่....................................................................................................................................................

 5. บรรยายลักษณะงานที่ปฏิบัติ และการสัมผัสเลือด/สารคัดหลั่งที่เกิดขึ้น..............................................

....................................................................................................................................................................

....................................................................................................................................................................

1. ลักษณะการสัมผัสเลือด/สารคัดหลั่ง

( ) ของแหลมคมที่สัมผัสเลือด/สารคัดหลั่งของผู้ติดเชื้อเอดส์ ทิ่ม ตำ บาด

 ชนิดของแหลมคม ( ) มีด ( ) แก้ว

 ( ) เข็ม...............( ) แบบมีรู ( ) แบบทึบ

 ( ) อื้นๆ ระบุ......................................................................................

( ) ผิวหนังที่มีบาดแผลสัมผัสเลือด/สารคัดหลั่งของผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยเอดส์

( ) เยื่อบุตา เนื้อเยื่ออ่อนสัมผัสเลือด/สารคัดหลั่งของผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยเอดส์

( ) อื่นๆ ระบุ....................................................................................................................................

 ในกรณีที่ถูกเข็มจากผู้ป่วย พบว่า

( ) เข็มสัมผัสเส้นเลือดดำของผู้ป่วย ( ) เข็มสัมผัสเส้นเลือดแดงของผู้ป่วย

 ชื่อ-สกุลผู้ป่วย......................................................HN…………………………………………………

 HIV test………………………………………..CD4 count (ถ้ามี).........................................................

1. ตำแหน่งอวัยวะที่สัมผัสเลือด/สารคัดหลั่ง...........................................................................................

บรรยายลักษณะบาดแผล.....................................................................................................................

แผล ( ) ลึก......................เซนติเมตร พบเลือดบนนาดแผลชัดเจน ( ) พบ ( ) ไม่พบ

1. มาพบแพทย์ วันที่..............................................................................เวลา..........................................
2. ผลการตรวจเลือด หลังประสบอุบัติเหตุทันที ( Day 0 )
	1. Hermoglobin………………………..mg% Hematocrit……………………………%

Red cell morphology……………………………………………………………………

WBC count…………………………………………………………………………per cu.nm

Netrophil…………………………% Lymphocyte………………..% Monocyte……………..%

Basophil………………………………% Esoinophil………………% Band form…………..%

 9.2 HIV Ab ( ) บวก ( ) ลบ

 9.3 HIV Ag ( ) บวก ( ) ลบ ( ) ไม่ทราบ ( ) ไม่ได้ตรวจ

 9.4 HBsAg ( ) บวก ( ) ลบ

 9.5 HBs Ab ( ) บวก ( ) ลบ

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

 9.7 ประวัติพฤติกรรมเสี่ยง ( ) มี ( ) ไม่มี ( ) ไม่ทราบ ( ) ไม่ได้ถาม

 ถ้ามีระบุ 1....................................................................................................

 2..................................................................................................

 3.................................................................................................

 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

 กรณีบุคลากรเป็นเพศหญิง ห้ามตรวจปัสสาวะในขณะมีประจำเดือน

 11. ก่อนรับประทานยามีอาการ ( ) ปวดศีรษะ ( ) ไม่มีอาการปวดศีรษะ

 12 บุคลากรทราบถึงข้อดีและข้อเสียของการตรวจเลือด ( ) ใช่ ( ) ไม่ใช่

 บุคลากรทราบยินยอมที่จะให้ตรวจเลือด ( ) ใช่ ( ) ไม่ใช่

 บุคลากรทราบยินดีรักษาขั้นต้นเพื่อป้องกันติดเชื้อ HIV ( ) ใช่ ( ) ไม่ใช่

 บุคลากรยินดีรักษาขั้นต้นเพื่อป้องกันเชื้อHepatitis B ( ) ใช่ ( ) ไม่ใช่

 ลงชื่อ.................................................บุคลากร ลงชื่อ..................................................แพทย์ผู้ดูแล

 ( ) ( )

 วันที่........................................................ วันที่.........................................

1. กรณีบุคลากรได้รับการรักษาเพื่อป้องกันการติดเชื้อคือ

 13.1 ( ) AZT+3TC ระบุขนาด AZT…………mg/วัน 3TC………….mg /วัน

 ( ) AZT +3TC +indinavir ระบุ AZT…………mg/วัน 3TC………….mg /วัน

 Indinavir………………………mg/วัน

 ( ) รับประทานครบ 4 สัปดาห์ ( ) ไม่ครบ 4 สัปดาห์ รับประทานได้............วัน/สัปดาห์

 ( ) อื่นๆ ระบุ.....................................................................................................................

 13.2 รับประทานยา dose แรก หลังประสบอุบัติเหตุ ( ) ............. นาที ( ).........................ชั่วโมง

 ( ).............วัน ( )........................สัปดาห์

1. ผลการับประทานยา
	1. รับประทานยาครบ 4 สัปดาห์

( ) ไม่มีผลข้างเคียง

( ) มีผลข้างเคียง ระบุ ( ) คลื่นไส้/อาเจียน ( ) ผมร่วง

 ( ) เหนื่อยอ่อนเพลีย ( ) น้ำหนักลด

 ( ) เบื่ออาหาร ( ) ตาเหลือง/ตัวเหลือง

 ( ) มึนงง/เวียนศีรษะ ( ) ปวดศีรษะ

 ( ) ผื่น ระบุ....................................................................

 ( ) อื่นๆ ระบุ................................................................

1. ผลการตรวจเลือดบุคลากร เมื่อรับประทานยาครบ 4 สัปดาห์

15.1 hemoglobin………………………mg% Hematocrit…………………………mg%

 Red blood cell morphology……………………………………………………..

 WBC cout………………………………..per cu. Mm.

 Neutrophil………....mg% Lymphocyte………………..mg% Monocyte………………..mg%

 Basophil……………mg% Eosinophil……………….mg% Band……………………..mg%

 15.2 HIV Ab ( ) บวก ( ) ลบ

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

 15.4 HBsAg ( ) บวก ( ) ลบ

 15.5 HBs Ab ( ) บวก ( ) ลบ

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

 16. Urine Exam หลังรับประทานยา 4 สัปดาห์

 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

 กรณีบุคลากรเป็นเพศหญิง ห้ามตรวจปัสสาวะในขณะมีประจำเดือน

 กรณีผลการตรวจปัสสาวะผิดปกติ เกิดจากนิ่ว ( ) ใช่ ( ) ไม่ใช่

17. บุคลากรได้รับการ Counselling ( ) ได้รับ

 ( ) ไมได้รับ เพราะ..................................................................

..........................................................................................................................................................................

 แพทย์ผู้บันทึก.............................................

 ( )

 วันที่........................................

แบบฟอร์มที่ 4

แบบบันทึกและรายงานอุบัติเหตุในการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข

1. ชื่อ-สกุล...................................................................อายุ...........ปี เพศ................................HN………

ตำแหน่ง...................................................หน่วยงาน............................................................................

1. อุบัติเหตุเกิดขึ้นวันที่....................เดือน.............................พ.ศ............................................................

สถานที่เกิดเหตุ……………………………………………………………………………………..

1. ลักษณะอุบัติเหตุ

 ( ) ของแหลมที่ปนเปื้อนเลือด หรือสารคัดหลั่งจากผู้ป่วยทิ่ม ตำ หรือบาด

 ระบุ ( ) มีด ( ) แก้ว ( ) เข็ม ( ) อื่นๆ

 ( )ผิวหนังที่มีบาดแผล สัมผัสถูกเลือดหรือสารคัดหลั่งจากผู้ป่วย

 ( ) เยื่อบุตา เนื้อเยื่ออ่อน สัมผัสถูกเลือดหรือสารคัดหลั่งจากผู้ป่วย

 ( ) อื่นๆ ระบุ.....................................................................................................................................

1. บรรยายลักษณะงานที่ปฏิบัติและอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นจริง..............................................................

 .................................................................................................................................................................

 ...............................................................................................................................................................

1. การปฐมพยาบาลเบื้องต้น....................................................................................................................

 .............................................................................................................................................................

1. บุคลากรมีประวัติการตรวจเลือด

 - Anti HIV ( ) Positive Negative ( ) ไม่ทราบ ( ) ไม่ได้ตรวจ

 - HBsAg ( ) Positive Negative ( ) ไม่ทราบ ( ) ไม่ได้ตรวจ

 - HBsAb ( ) Positive Negative ( ) ไม่ทราบ ( ) ไม่ได้ตรวจ

1. ชื่อผู้ป่วยที่อาจเป็นแหล่งของเชื้อ................................................................HN…………………

 Ward…………………………………DX…………………………………………………………….

1. ผู้ป่วยมรประวัติผลการตรวจเลือด

 - Anti HIV ( ) Positive Negative ( ) ไม่ทราบ ( ) ไม่ได้ตรวจ

 - HBsAg ( ) Positive Negative ( ) ไม่ทราบ ( ) ไม่ได้ตรวจ

 - HBsAb ( ) Positive Negative ( ) ไม่ทราบ ( ) ไม่ได้ตรวจ

 9 . พยาน/ผู้รับรู้เหตุการณ์ ชื่อ................................................................หน่วยงาน..............................

 ชื่อ...............................................................หน่วยงาน.............................

1. ผลการรักษาที่ได้รับ............................................................................................................................
2. ผลการรักษา.........................................................................................................................................
3. แพทย์ผู้รักษา........................................................................................................................................
4. ผลการตรวจเลือดบุคลากรในเดือนที่ 3 หลังเกิดอุบัติเหตุ

 - Anti HIV ( ) Positive Negative ( ) ไม่ทราบ ( ) ไม่ได้ตรวจ

 - HBsAg ( ) Positive Negative ( ) ไม่ทราบ ( ) ไม่ได้ตรวจ

 - HBsAb ( ) Positive Negative ( ) ไม่ทราบ ( ) ไม่ได้ตรวจ

1. ผลการตรวจเลือดบุคลากรในเดือนที่ 6 หลังเกิดอุบัติเหตุ

 - Anti HIV ( ) Positive Negative ( ) ไม่ทราบ ( ) ไม่ได้ตรวจ

 - HBsAg ( ) Positive Negative ( ) ไม่ทราบ ( ) ไม่ได้ตรวจ

 - HBsAb ( ) Positive Negative ( ) ไม่ทราบ ( ) ไม่ได้ตรวจ

 ลงชื่อ......................................................บุคลากรที่เกิดอุบัติเหตุ

 ( )

 ลงชื่อ......................................................ผู้บังคับบัญชาเบื้องต้น

 ( )

 วันที่................................................