 <p>โรงพยาบาลกุมภวาปี KUMPHAWAPI HOSPITAL</p>	<p>แนวทางการดูแลตามมาตรฐานทางการพยาบาล เรื่อง : การดูแลบุคลากรที่ถูกรังแกของมีคมทิ่มตำ สัมผัสเลือด หรือสารคัดหลั่งของผู้ป่วย</p>	<p>หน้า1/..... รหัสเอกสาร:.....IC-08..... ทบทวนครั้งที่:.....1..... วันที่ทบทวน:.....24 พฤษภาคม 2566....</p>
<p>ชื่อหน่วยงาน : กลุ่มงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล</p>	<p>วันที่อนุมัติ: 25 พฤษภาคม 2566</p>	
<p>ผู้ตรวจสอบ : หัวหน้ากลุ่มงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล</p>	<p>ผู้อนุมัติ: หัวหน้ากลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล</p>	
<p>ลงชื่อ (นางสุริกา สิงคสีประภา)</p>	<p>ลงชื่อ..... (นางปิ่นเพชร เอกสิงห์ชัย)</p>	

1.วัตถุประสงค์ :

เพื่อป้องกันการติดเชื้อจากการปฏิบัติงานของบุคลากรที่เกิดจากของมีคมทิ่มตำ สัมผัสเลือดหรือ สารคัดหลั่งผู้ป่วย

2.ขอบเขต :

ใช้สำหรับบุคลากรที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับการ สัมผัสเลือด/สารคัดหลั่งผู้ป่วย ครอบคลุมทุกหน่วยงานใน
โรงพยาบาล กุมภวาปี และ คปสอ.กุมภวาปี

3.นิยามศัพท์ :

การสัมผัส หมายถึง การสัมผัสกับเลือดหรือสารคัดหลั่งที่มีโอกาสติดเชื้อ โดยการถูกของมีคมทิ่มผ่านผิวหนังหรือ
การสัมผัสกับเยื่อผิวหนังที่มีแผลเปื่อยอยู่ก่อน โดย

- เลือดและสารคัดหลั่งจากร่างกายที่มีเลือดปน เป็นสิ่งที่มีโอกาสนำเชื้อโรคได้มากที่สุด
- น้ำอสุจิและสิ่งคัดหลั่งจากช่องคลอดสามารถติดต่อได้ทางเพศสัมพันธ์ และอาจทำให้เกิดการติดเชื้อได้
- น้ำไขสันหลัง น้ำไขข้อ น้ำในช่องปอด น้ำในช่องท้อง น้ำในช่องเยื่อหุ้มหัวใจและน้ำคร่ำมีโอกาสทำให้เกิด
การติดเชื้อได้
- อูจจาระ น้ำมูก น้ำลาย เสมหะ เหงื่อ ปัสสาวะ และสิ่งที่อาเจียนออกมาไม่ถือวาทติดเชื้อ ความเสี่ยงของ
การถ่ายทอดเชื้อต่ำมาก ยกเว้น สิ่งเหล่านี้มีเลือดปน
- เชื้อโรคที่มีการถ่ายทอดทางเลือดและสารคัดหลั่งที่มีความสำคัญ มี 3 ชนิด คือ HIV, HBV และ HCV

สารคัดหลั่ง หมายถึง สารที่ออกจากร่างกายผู้ป่วยที่อาจมีการปนเปื้อนเชื้อ ได้แก่ น้ำเชื้อ น้ำของคลอด น้ำไขข้อ
น้ำเยื่อหุ้มปอด น้ำในช่องท้อง น้ำเยื่อหุ้มหัวใจ น้ำคร่ำหรือเนื้อเยื่อ

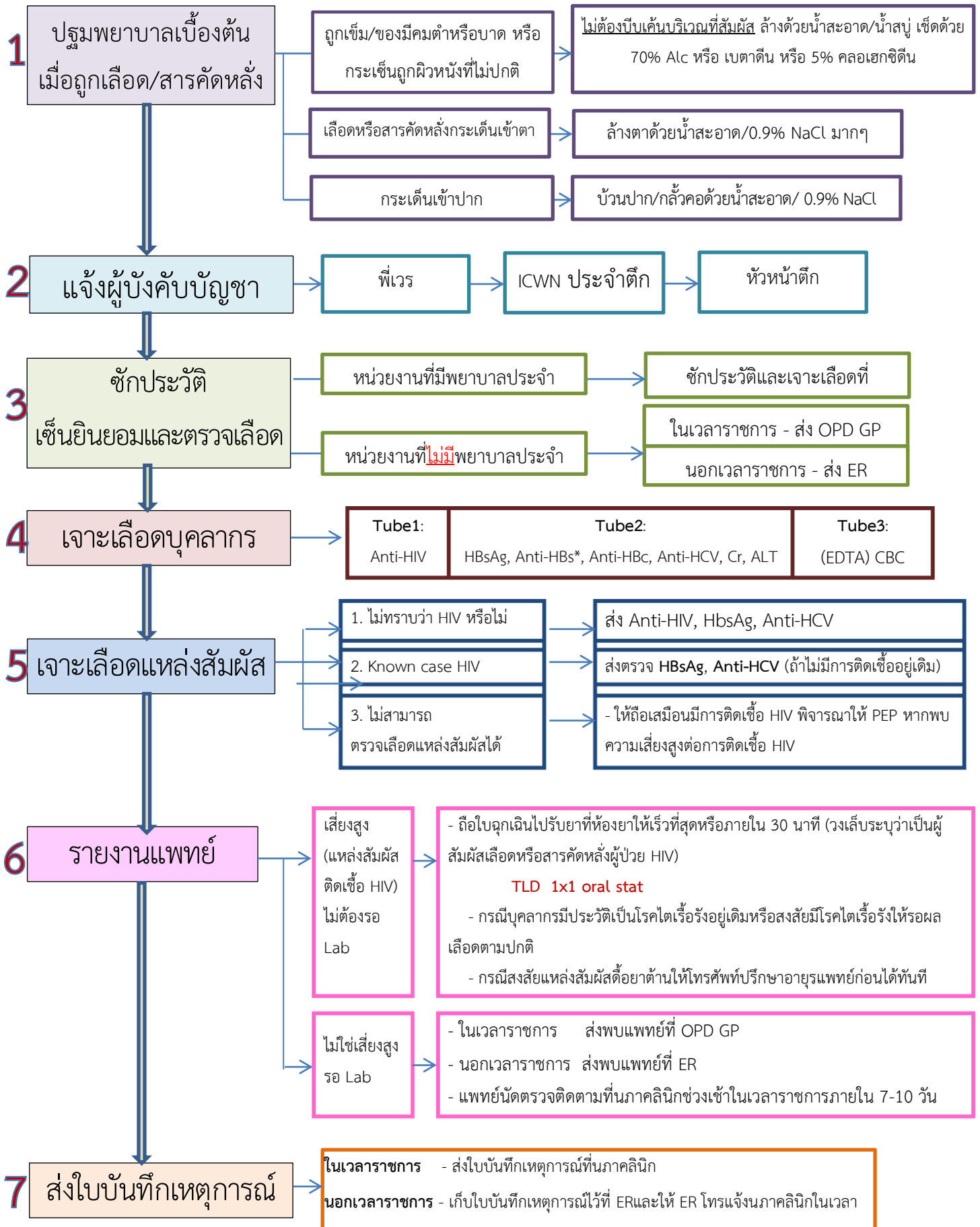
4.เอกสารอ้างอิง :

5.หน้าที่ความรับผิดชอบ : งานควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล

6.วิธีปฏิบัติ :

7.เครื่องชี้วัดคุณภาพ :

แนวทางปฏิบัติเมื่อบุคลากรทางการแพทย์สัมผัสเลือดหรือสารคัดหลั่ง



บันทึกรายงานสำหรับบุคลากร โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี

กรณีสัมผัสเลือดหรือของเหลวจากร่างกายของผู้ป่วยขณะปฏิบัติงาน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

วันที่.....เวลา.....

วันที่เกิดเหตุการณ์.....เวลา.....สถานที่..... รายงานหัวหน้าเวร/IC เวลา.....

บุคลากร ชื่อ - สกุล..... อายุ.....ปี เพศ หอผู้ป่วย..... HN.....

ID..... โทร.....

ประเภทบุคลากร

() แพทย์ ระบุสาขา () ทันตแพทย์ () พยาบาล () เจ้าหน้าที่ห้อง Lab/รังสี () ผู้ช่วยเหลือคนไข้

() บุคลากรอื่นๆ.....

แหล่งสัมผัส ชื่อ - สกุล..... อายุ.....ปี เพศ HN.....

ส่วนที่ 2 ลักษณะความรุนแรงของการสัมผัส (หัวหน้าหน่วย/หัวหน้าเวร/ICWN บันทึก ณ จุดเกิดเหตุ)

รายละเอียดเหตุการณ์ (ระยะเวลาและปริมาณเลือดและของเหลวที่สัมผัส)	อุบัติเหตุการสัมผัสเลือด/ สารคัดหลั่งเกิดขึ้นเมื่อ
	() ก่อนใช้ของมีคม () ขณะปลด/ถอดอุปกรณ์ () ขณะกำลังใช้ของมีคม () ขณะสวมปลอกกลับคืน () ล้างของใช้มีคมก่อนทิ้ง () ของมีคมที่มทะลุจากถังขยะ () ขณะทิ้งของมีคม () อื่นๆ ระบุ..... () ของมีคมถูกวางไว้ใน ตำแหน่งที่ไม่เหมาะสม

การปฐมพยาบาลเบื้องต้น	อุปกรณ์ป้องกันร่างกาย	ระบุได้มากกว่า 1 ข้อ
() ไม่ได้ทำ () ได้ทำ	() ไม่ได้สวมใส่อุปกรณ์ป้องกัน () สวมอุปกรณ์ป้องกันไม่ครบ () สวมอุปกรณ์ป้องกันครบ	() ถุงมือสองข้าง () แวนตา () ถุงมือข้างเดียว () เสื้อคลุม () หน้ากาก () รองเท้าบูท

ชนิดของมีคม(กรณีถูกของมีคมที่มท้ำ) () เข็มฉีดยา No..... () เข็มเย็บ () เข็มชนิดอื่น..... () มีด () อื่นๆ..... ความลึก.....	Postexposure Prophylaxis (นภาคlinikบันทึก) HIV () ได้ ภายในเวลา..... (เวลาน.) () ไม่ได้รับประทานยาภายใน 72 ชม. เนื่องจาก Hepatitis B () ได้ ภายในเวลา..... (เวลาน.) () ไม่ได้ยาภายใน 72 ชม.เนื่องจาก
---	--

สรุปลักษณะความรุนแรงของการสัมผัส (แพทย์ประเมิน)

ความรุนแรงของการสัมผัส	() Percutaneous injury (ที่ม ท้ำ บาด)	() Mucous membrane exposure (ปาก/ตา/เยื่อหู)	() Non-intact skin exposure (บาดแผลลอก/รอยแตก)
() รุนแรงมาก	เข็มกลวงใหญ่/ มีเลือดติดอยู่/ ที่มลึก/ เข็มใส่เข้าหลอดเลือดผู้ป่วยแล้ว/ ปริมาณเลือดหรือสารน้ำมาก	ปริมาณเลือดหรือสารคัดหลั่งปริมาณมาก หกราดหรือสาตกระเด็น	
() รุนแรงน้อย	เข้มนต่น/ ที่มหรือบาดตื้น	ปริมาณเลือดและหรือสารคัดหลั่งปริมาณน้อย	

ส่วนที่ 3 ประเมินสถานะภูมิคุ้มกันและการติดเชื้อ (แพทย์ประเมิน)

	เชื้อโรค		ส่งตรวจ	สถานะ	
	แหล่ง สัมผัส (source)	Hepatitis B		() HBsAg	ทราบแหล่งที่มา () ติดเชื้อ () ไม่ติดเชื้อ () ไม่ทราบผลเลือด
Hepatitis C		() Anti-HCV	ทราบแหล่งที่มา () ติดเชื้อ () ไม่ติดเชื้อ () ไม่ทราบผลเลือด	() ไม่ทราบแหล่งที่มา	
HIV		() Anti-HIV กรณี known case HIV CD4+()= _____, _____% VL()= _____ ได้ยาสูตร	ทราบแหล่งที่มา () ติดเชื้อ HIV แบบที่ 1 ไม่มีอาการ HIV RNA < 1,500 copies/ml () ติดเชื้อ HIV แบบที่ 2 มีอาการ HIV RNA > 1,500 copies/ml () ไม่ติดเชื้อ () ไม่ทราบผลเลือด () ไม่ทราบแหล่งที่มา		
- ประวัติพฤติกรรมเสี่ยงภายใน 3 เดือนที่ผ่านมา () มี () ไม่มี () ไม่ทราบ		() ประวัติใช้เข็มคอก ผื่นคันตามตัว ปวดข้อ ต่อม้ำเหลืองโต ปวดศีรษะ ปวดกล้ามเนื้อ แผลในปาก หลังมีพฤติกรรมเสี่ยงภายใน 2-4 สัปดาห์			
บุคลากร	เชื้อโรค		ส่งตรวจ	สถานะ	
	Hepatitis B	() ไม่เคยฉีดวัคซีน	() HBsAg /Anti-HBs /Anti-HBc	() ติดเชื้อเรื้อรัง	
		() ฉีดวัคซีนครบ 3 เข็ม	() Anti-HBs level	() เคยติดเชื้อและมีภูมิแล้ว	
		() ฉีดวัคซีนไม่ครบ	() None	() ไม่เคยรับวัคซีน ไม่ติดเชื้อ และไม่มีภูมิคุ้มกัน	
		() ไม่แน่ใจว่าวัคซีนครบ	() Anti-HBs level	() วัคซีนครบ 3 เข็ม ภูมิคุ้มกันเพียงพอ > 10mu/ml () วัคซีนครบ 3 เข็ม ภูมิคุ้มกันไม่เพียงพอ < 10mu/ml () ไม่แน่ใจว่ารับภูมิคุ้มกันครบหรือไม่	
Hepatitis C		() Anti-HCV	() ติดเชื้อ () ไม่ติดเชื้อ () ไม่ทราบสถานะ		
HIV		() Anti-HIV	() ติดเชื้อ () ไม่ติดเชื้อ () ไม่ทราบสถานะ		
- ประวัติพฤติกรรมเสี่ยงภายใน 3 เดือนที่ผ่านมา () มี () ไม่มี () ไม่ทราบ		() ประวัติใช้เข็มคอก ผื่นคันตามตัว ปวดข้อ ต่อม้ำเหลืองโต ปวดศีรษะ ปวดกล้ามเนื้อ แผลในปาก หลังมีพฤติกรรมเสี่ยงภายใน 2-4 สัปดาห์			

ส่วนที่ 4 แนวทางการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ไวรัสตับอักเสบบีและไวรัสตับอักเสบซี

1. สูตรยาต้าน HIV (เฉพาะสำหรับโรงพยาบาลอุบลราชธานี) ***ให้จำนวนยาถึงวันนัดนภาคคลินิก***

สูตรยา	ยาต้านไวรัส	วิธีการ	หมายเหตุ
<input type="checkbox"/> PEP	TLD	1x1 oral	รับประทาน 30 วัน หลังรับประทานยา 1-2 สัปดาห์ นัด F/U ที่ คลินิกนภาพเพื่อติดตามอาการ+Lab
<input type="checkbox"/> PEP RISK (กรณีความเสี่ยงสูง)			
<input type="checkbox"/> PEP (GFR<60 ml/min)			
<input type="checkbox"/> PEP Risk (GFR<60 ml/min)			
<input type="checkbox"/> กรณี source patient มีปัญหาหรือสงสัยว่าจะมีปัญหา drug resistance HIV ใช้สูตร _____			- ให้ปรึกษาอายุรแพทย์ก่อนทุกราย

***ให้เริ่มยาต้านให้เร็วที่สุดภายใน 1-2 ชม.และไม่เกิน 72 ชม. กรณีสัมผัสมาเกิน 72 ชม. ให้ปรึกษาอายุรแพทย์หากบุคลากรประสงค์รับยา**

2. Hepatitis B

บุคลากร	แหล่งสัมผัส		
	ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี	ไม่ติดเชื้อ	ไม่ทราบแหล่งสัมผัส
<input type="checkbox"/> ติดเชื้อเรื้อรังอยู่เดิม	<input type="checkbox"/> CHB management		
<input type="checkbox"/> เคยติดเชื้อและมีภูมิแล้ว	-		
<input type="checkbox"/> ไม่เคยรับวัคซีน/ไม่มีภูมิ	<input type="checkbox"/> HBIG x 1 ครั้ง + Vaccine 1 course	<input type="checkbox"/> Vaccine 1 course	<input type="checkbox"/> HBIG x 1 ครั้ง + Vaccine 1 course
<input type="checkbox"/> เคยได้รับวัคซีน ระดับภูมิ คุ้มกันเพียงพอ ($\geq 10\text{mU/ml}$)	-	-	-
<input type="checkbox"/> เคยได้รับวัคซีน ระดับภูมิ คุ้มกันไม่พอ ($< 10\text{mU/ml}$)	<input type="checkbox"/> HBIG x 1 ครั้ง + Vaccine 1 course	-	<input type="checkbox"/> HBIG x 1 ครั้ง + Vaccine 1 course
HBIG dose 0.05 ml/kg IM		Hepatitis B vaccine ฉีด 0, 1, 6 เดือน ตามลำดับ	

3. Hepatitis C

บุคลากร	แหล่งสัมผัส		
	ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี	ไม่ติดเชื้อ	ไม่ทราบ
<input type="checkbox"/> ติดเชื้ออยู่เดิม	-	-	-
<input type="checkbox"/> ไม่ติดเชื้อ	<input type="checkbox"/> Anti-HCV, ALT at 0, 6 mo	-	<input type="checkbox"/> Anti-HCV, ALT at 0, 6 mo ถ้าแหล่งสัมผัสมีความเสี่ยง

การนัดตรวจและการประเมินติดตามหลังให้ HIV oPEP

การตรวจทาง ห้องปฏิบัติการ	Source ____/____/____	บุคลากรทางการแพทย์				
		Baseline ____/____/____	(เมื่อมีอาการบ่งชี้) ____/____/____	1 เดือน ____/____/____	3 เดือน ____/____/____	6 เดือน ____/____/____
Anti-HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HIV PCR or VL			<input type="checkbox"/> ₁			
CBC		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ₂			
Cr		<input type="checkbox"/>				
ALT		<input type="checkbox"/>				
HBsAg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ₃			<input type="checkbox"/> ₄
Anti-HBs		<input type="checkbox"/> ₅				
Anti-HCV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> ₄

การให้คำปรึกษา (แพทย์ให้คำแนะนำก่อนเริ่มยา) บุคลากรต้องทราบถึง

- ความเสี่ยงของการติดเชื้อและข้อดีข้อเสียของการตรวจเลือด
- ความสำคัญของการรับประทานยาให้ต่อเนื่องจนครบ
- ผลข้างเคียงของยาด้านและ drug interaction กับยาชนิดอื่น
- ความสำคัญของการตรวจติดตามผล
- อาการของการติดเชื้อ HIV ระยะเฉียบพลันที่ควรรับมาพบแพทย์
- การสวมถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ทุกครั้ง
- การงดเว้นการบริจาคเลือด อวัยวะและอสุจิในช่วง 6 เดือน

- 1 ตรวจเมื่อมีอาการแสดงหรืออาการสงสัยที่เกี่ยวกับHIV เช่น ไข้ ผื่น ต่อมมน้ำเหลืองโต
- 2 ตรวจเมื่อมีอาการแสดงหรืออาการสงสัยผลข้างเคียงของยาด้าน เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ผื่น
- 3 ตรวจเมื่อมีอาการแสดงหรืออาการสงสัยการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีเฉียบพลัน
- 4 พิจารณาตรวจที่ 6 เดือน ในกรณีที่แหล่งโรคมักติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีและ/หรือซี
- 5 กรณีเคยตรวจมาก่อนและทราบว่าผลเป็นบวก อาจจะพิจารณาไม่ส่งตรวจซ้ำ

หนังสือแสดงความยินยอมการเปิดเผยผลการตรวจหาเชื้อเอชไอวี
(สำหรับบุคลากรในกรณีอุบัติเหตุทางการแพทย์)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว)..... อายุ ปี
อยู่บ้านเลขที่ ซอย / ตรอก ถนน
ตำบล / แขวง อำเภอ / เขต จังหวัด
รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์

() ข้าพเจ้า ได้อ่าน “ข้อควรรู้ก่อนรับการตรวจหาเชื้อเอชไอวี” แล้ว ข้าพเจ้ามีความประสงค์ที่จะขอรับการตรวจหาเชื้อเอชไอวี จากสถานพยาบาล/สถาบันแห่งนี้ ข้าพเจ้าได้รับการยืนยันว่า ข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าในการรับการตรวจหาเชื้อเอชไอวีนี้จะได้รับการเก็บไว้เป็นความลับ จะไม่มีการเปิดเผยโดยปราศจากความยินยอมของข้าพเจ้า เว้นแต่เป็นการเปิดเผยตามที่กฎหมายกำหนดหรือตามหน้าที่หรือเมื่อมีข้อบังคับและความจำเป็นในการวินิจฉัยรักษาโรคและฟื้นฟูสุขภาพของข้าพเจ้า

() ข้าพเจ้า มีความประสงค์ขอลดออกผลการตรวจวิเคราะห์รายการตรวจ Anti-HIV

ลงนาม

(.....)

ผู้ให้ความยินยอม

ลงนาม

ลงนาม

(.....)

(.....)

แพทย์ / เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ผู้ให้คำปรึกษาแนะนำ

พยาน

หนังสือแสดงความยินยอมการเปิดเผยผลการตรวจหาเชื้อเอชไอวี
(สำหรับผู้ป่วยในกรณีอุบัติเหตุทางการแพทย์)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว)..... อายุ ปี
อยู่บ้านเลขที่ ซอย / ตรอก ถนน
ตำบล / แขวง อำเภอ / เขต จังหวัด
รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์

() ข้าพเจ้า ได้อ่าน “ข้อควรรู้ก่อนรับการตรวจหาเชื้อเอชไอวี” แล้ว ข้าพเจ้ามีความประสงค์ที่จะขอรับการตรวจหาเชื้อเอชไอวี จากสถานพยาบาล/สถาบันแห่งนี้ ข้าพเจ้าได้รับการยืนยันว่า ข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าในการรับการตรวจหาเชื้อเอชไอวีนี้จะได้รับการเก็บไว้เป็นความลับ จะไม่มีการเปิดเผยโดยปราศจากความยินยอมของข้าพเจ้า เว้นแต่เป็นการเปิดเผยตามที่กฎหมายกำหนดหรือตามหน้าที่หรือเมื่อมีข้อบังคับและความจำเป็นในการวินิจฉัยรักษาโรคและฟื้นฟูสุขภาพของข้าพเจ้า

() ข้าพเจ้า มีความประสงค์ขอคัดลอกผลการตรวจวิเคราะห์รายการตรวจ Anti-HIV

ลงนาม

(.....)

ผู้ให้ความยินยอม

ลงนาม

ลงนาม

(.....)

(.....)

แพทย์ / เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ผู้ให้คำปรึกษาแนะนำ

พยาน