

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของบุคลากรที่ได้รับอุบัติเหตุ

รหัส ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี เพศ.....ตึกผู้ป่วย.....
วันที่เกิดเหตุการณ์...../...../.....เวลา.....น. ประวัติพฤติกรรมเสี่ยง () มี () ไม่มี () ไม่ทราบ
ประเภทบุคลากร () แพทย์ () ทันตแพทย์ () พยาบาล () จนท.เทคนิคการแพทย์ () ผู้ช่วยเหลือคนไข้
() อื่นๆ.....บอริโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้.....

1. ระบุต้นตอได้หรือไม่ () ไม่ได้ เพราะ.....

() ระบุได้..ชื่อผู้ป่วยต้นตอ.....HA.....ภาวะการติดเชื้อ เอชไอวี ของ
ผู้ป่วย () HIV Positive () HIV Negative () ไม่ทราบแต่มีภาวะเสี่ยง () ไม่ทราบ

การดำเนินโรคของผู้ป่วย () ระยะ Asymtomatic () ระยะ Symtomatic () ไม่ทราบการดำเนินโรค

() AIDS (☐) Viral load สูตรยาที่ได้รับ

2. สถานที่เกิดเหตุ.....

3. อุบัติเหตุเกิดเข็มทิ่ม/สัมผัสเลือด/ของเหลว เกิดขึ้นเมื่อ

() ขณะกำลังใช้ของมีคม (ระบุหัตถการ เช่น ฉีดยา ผ่าตัด เย็บแผล)

() หลังใช้ของมีคม ก่อนทิ้ง () ขณะทิ้งของมีคม () ของมีคมถูกวาง/ทิ้งไว้ในตำแหน่งที่ไม่เหมาะสม

() ขณะปลดเข็ม/ถอดอุปกรณ์ () สวมปลอกเข็มกลับคืน () ก่อนใช้ของมีคม () เข็ม/ของมีคม ทะลุจากขยะ

() อื่นๆ.....

4. อธิบายสาเหตุที่ไปสู่การถูกเข็มทิ่มตำ/สัมผัสเลือด/สารคัดหลั่ง.....
.....
.....

5. ชนิดของเข็ม/ของมีคม

() เข็มเจาะเลือด () เข็มฉีดยา () เข็มเย็บแผล () ใบมีด () IV catheter () อื่นๆ.....

6. มีการสวม PPE ป้องกันร่างกายหรือไม่ () สวม () ไม่ได้สวม () ไม่จำเป็น

7. ขณะเกิดเหตุเป็นเหตุการณ์ประเภทใด

() ถูกฉีดยา-รับช่วยเหลือผู้ป่วย () ไม่ถูกฉีดยา แต่เร่งรีบทำงาน () ไม่ถูกฉีดยา ไม่เร่งรีบ

8. ระบุตำแหน่งที่ได้รับบาดเจ็บ หรือสัมผัส สารคัดหลั่ง.....

9. ขนาดบาดแผล ระบุ ความลึกด้วย.....

10. การปฏิบัติตนหลังได้รับอุบัติเหตุ : ปฐมพยาบาลเบื้องต้น () ทำ () ไม่ทำ

11. ได้รับยา Stat dose หลังสัมผัส.....ชม. หรือวันที่ หลังเกิดเหตุ

12. ไม่ได้รับยาภายใน 72 ชม. เนื่องจาก.....

ผู้ประสบเหตุ.....

พยาน.....

()

()

วันที่...../...../.....

ส่วนที่ 2 สำหรับแพทย์ตรวจรักษา

พบผู้ป่วยวันที่...../...../..... เวลา.....

ส่วนที่ 2.1 ประเมินความเสี่ยงของผู้สัมผัส

ถูกของมีคมทิ่ม/ตำ/บาด (Percutaneous injury)* () Less severe () More severe หมายถึงเหตุ * Percutaneous Injury มีโอกาสติดเชื้อ 0.3 %	เลือด/ของเหลวกระเด็นเข้าปาก/ตา/เยื่อหู (Mucous membrane exposure)* () Small volume () Large volume * Mucous membrane Exposure มีโอกาสติดเชื้อ 0.09 %	สัมผัสเลือด/ของเหลวเนื่องจากมีบาดแผล/ รอยแตก (Non-intact skin exposure)* () Small volume () Large volume * Non-intact skin exposure มีโอกาสติดเชื้อ < 0.09%
---	---	---

การได้รับยาเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

() ไม่ได้รับยาเนื่องจาก ประเมินแล้วมีความเสี่ยงไม่เพียงพอ

() ได้รับยา 28 วัน ระบุสูตรยา.....

การได้รับยา และวัคซีนเพื่อป้องกันไวรัสตับอักเสบบี (ถ้ามีภูมิคุ้มกันแล้ว ข้ามไป)

() ไม่ได้รับ เนื่องจาก.....

() ได้รับ () HBIG วันที่...../...../.....

() Hepatitis B Vaccine Day 0 วันที่...../...../.....

1 เดือน วันที่...../...../.....

6 เดือน วันที่...../...../.....

ส่วนที่ 2.2 การประเมินพื้นฐานก่อนให้ HIV oPEP บุคลากรผู้สัมผัส

() ไม่จำเป็นต้องได้รับการตรวจเลือดเนื่องจาก ประเมินแล้วความเสี่ยงไม่เพียงพอ

() ไม่ยินยอมที่จะตรวจเลือด

() ยินยอมให้ตรวจเลือด

() Anti HIV () HBsAg () Anti-HBs () Anti HCV

() CBC, UA (เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานก่อนได้รับยาต่อเนื่อง)

() SGOT,SGPT,BUN,Cr (เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานก่อนได้รับยาต่อเนื่อง)

แพทย์ผู้บันทึก.....

()

วันที่...../...../.....

ตารางแสดง การประเมินพื้นฐานก่อนให้ HIV oPEP** และการประเมินติดตามหลังให้ HIV oPEP

การตรวจทาง ห้องปฏิบัติการ	Source	Baseline	บุคลากรทางการแพทย์				เมื่อมี อาการ บ่งชี้
			การติดตาม				
			2 สัปดาห์	1 เดือน	3 เดือน	6 เดือน	
Anti-HIV (rapid test) ¹	✓	✓	-	✓	✓	✓	✓
CBC, Cr, SGPT	-	✓	✓	-	-		✓
HIV-PCR or viral load	✓	-	-	-	-		✓
HBsAg	✓	✓	-	-	-	✓ ⁵	✓
Anti-HBs	-	✓อาจไม่ตรวจ เมื่อทราบผล แล้ว	-	-	-		-
Anti-HCV	✓	✓	-	-	-	✓ ⁵	-

1. หากระบุแหล่งสัมผัสได้

• ให้ตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีVDRL หรือ RPR และคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่น ๆ (กรณีเป็นการสัมผัสจากการมีเพศสัมพันธ์)ตามช่องทางที่ใช้ในการมีเพศสัมพันธ์ใช้ผลการติดเชื้อเอชไอวีของแหล่งสัมผัสมาพิจารณาตัดสินใจว่า จะให้ผู้สัมผัสเข้ารับ HIV PEP หรือไม่ โดยอาจพิจารณาเริ่ม HIV PEP ไปก่อนหากไม่แน่ใจ

• ไม่ต้องตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีในแหล่งสัมผัส (source) หากทราบว่าแหล่งสัมผัสเป็นผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวี

2. ตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีในผู้สัมผัสเชื้อที่พบ anti-HCV บวก หรือมีการสัมผัสแหล่งสัมผัสที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี และตรวจไม่พบเอชไอวีในครั้งแรกในเดือนที่ 6 เนื่องจากพบ delayed HIV seroconversion ในผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวี และไวรัสตับอักเสบบีพร้อมกัน

3. ตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี และ HIVPCR หรือVL เมื่อมีอาการหรืออาการแสดงที่สงสัยการติดเชื้อเอชไอวีระยะเฉียบพลัน เช่น ไข้ ต่อมทอนซิลโต ผื่น เป็นต้น

4. ตรวจเมื่อมีอาการหรืออาการแสดงที่สงสัยผลข้างเคียงของยาต้านเอชไอวีเช่น คลื่นไส้ อาเจียน ผื่น เป็นต้น

5. ตรวจเมื่อมีอาการหรืออาการแสดงที่สงสัยการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีระยะเฉียบพลัน

6. กรณีที่เคยตรวจมาก่อนและทราบว่าผลเป็นบวก อาจจะไม่ส่งตรวจซ้ำ

7. กรณีเป็นการสัมผัสจากการมีเพศสัมพันธ์โดยตรวจ VDRL หรือ RPR ก่อนเริ่มยา และที่ 1 เดือน และ 3 เดือน และตรวจหาหนองใน/หนองในเทียม ตามช่องทางที่ใช้ในการมีเพศสัมพันธ์ก่อนเริ่มยาและที่ 1 เดือน

8. กรณีติดเชื้อซิฟิลิสและได้รับการรักษาควรติดตามไตเตอร์ซ้ำทุก 3 เดือน หลังการรักษาในปีแรกและทุก 6 เดือนในปีที่สอง

9. กรณีผลตรวจครั้งก่อนหน้านี้เป็นลบ

** Post-Exposure Prophylaxis (PEP)

** Occupational PEP (oPEP) สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ซึ่งสัมผัสเลือดและสิ่งคัดหลั่งต่างๆผ่านทางผิวหนัง (เช่น ถูกเข็มตำ) ผ่านทางเยื่อบุ (เช่น กระเด็นเข้าตา ปาก) หรือผ่านผิวหนังที่ไม่ปกติ (เช่น มีบาดแผล รอยแตก มีผื่น เป็นต้น)

ตารางแสดง สูตรยาต้านไวรัสสำหรับ oPEP* และ nPEP (วงกลมหน้าสูตรที่เลือก)

สูตรยาต้านไวรัส					หมายเหตุ
1	สูตร แนะนำ	TDF/FTC 300/200 มก. วันละครั้ง; หรือ TDF 300 มก. + 3TC 300 มก. วันละครั้ง; หรือ TAF/FTC 25/200 มก. วันละครั้ง	+	DTG 50 มก. วันละครั้ง	-หากกินยาสูตรRPVควรกิน พร้อมมื้ออาหาร • หลีกเลี่ยงการให้DTG ในหญิง วัยเจริญพันธุ์ที่ไม่ตั้งครรภ์ แต่ให้ ประวัติการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ ได้คุมกำเนิด หรือถูกล่วงละเมิด ทางเพศ
2	สูตร ทางเลือก	TDF/FTC 300/200 มก. วันละครั้ง; หรือ TDF 300 มก. + 3TC 300 มก. วันละครั้ง; หรือ TAF/FTC 25/200 มก. วันละครั้ง	+	• RPV 25 มก. วันละครั้ง(3) - หรือ • ATV/r 300/100 มก.วันละครั้ง - หรือ • DRV/r 800/100 มก. วันละครั้ง - หรือ • BIC 50 มก. วันละครั้ง	ห้ามใช้ bPIs เช่น ATV/r หรือ DRV/r ร่วมกับยากกลุ่ม ergotamine เช่น cafergot และต้องแนะนำไม่ให้ผู้สัมผัสเชื้อ ใช้ยาหรือซื้อยาแก้ปวดไมเกรน เอง
3	กรณีมี ปัญหาไต	AZT 300 mg ทุก 12 ชม. แทน TDF ในสูตรที่แนะนำหรือสูตรทางเลือก			ในผู้ที่มี Cr clearance < 50 mL/min

- (1) บุคลากรที่สัมผัสทุกราย ควรติดต่อแพทย์ที่โรงพยาบาลได้กำหนดให้เป็นแพทย์ที่ปรึกษากรณีที่มีการสัมผัสจากการทำงาน ภายใน 24 ชั่วโมง ช้าสุดไม่เกิน 3 วัน
- (2) การส่งยาอื่น ๆ นอกเหนือจากนี้ เช่น กรณีผู้ป่วยที่เป็นแหล่งสัมผัสมีปัญหาหรือสงสัยว่าจะมีปัญหาคือยาต้านเอชไอวี เช่น กิน bPI-based regimenอยู่และคือ NNRTIsแนะนำเป็น DRV/r + DTG ให้ปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่โรงพยาบาล กำหนดให้เป็นแพทย์ที่ปรึกษากรณีที่มีการสัมผัสจากการทำงาน
- (3) ไม่ควรให้RPV ในกรณีที่แหล่งสัมผัสประวัติติดต่อ NNRTIs หรือสงสัยว่าจะคือยา เช่น กลุ่มที่มีmultiple partner หรือ กินยาแล้วมีHIV VL สูง เป็นต้น

ตารางแสดงการนัด Occupational PEP (oPEP) พยาบาลออกนัดให้

การตรวจทาง ห้องปฏิบัติการ	บุคลากรทางการแพทย์				เมื่อมีอาการ บ่งชี้
	การติดตาม				
	2 สัปดาห์	1 เดือน	3 เดือน	6 เดือน	
Anti-HIV (rapid test) ¹	-	✓	✓	✓	✓
CBC, Cr, SGPT	✓	-	-	-	✓
HIV-PCR or viral load	-	-	-	-	✓
HBsAg	-	-	-	✓ *	✓
Anti-HBs	-	-	-	-	
Anti-HCV	-	-	-	✓ *	

* ในกรณีที่ source มี HBV และ/หรือ HCV infection

และสามารถนัดตรวจระหว่างรับประทานยาได้ ถ้า

-ตรวจ HBsAg สงสัย acute hepatitis B infection

-ตรวจ HIV-PCR or viral load ตรวจ anti-HIV และ HIV-PCR หรือ viral load เมื่อมีอาการหรืออาการแสดง ที่
สงสัย acute HIV infection เช่น ไข้ ต่อมน้ำเหลืองโต ผื่น

CBC, Cr, SGPT ระหว่างรับประทานยาได้ถ้ามีอาการข้างเคียง เช่น ออกผื่น คลื่นไส้อาเจียนมาก

รายการนัด

2 สัปดาห์	1 เดือน	3 เดือน	6 เดือน
รายการ Lab -CBC, Cr, SGPT	Anti-HIV (rapid test)	Anti-HIV (rapid test)	-Anti-HIV (rapid test) -HBsAg* -Anti-HCV*
ว/ด/ป นัด.....	ว/ด/ป นัด.....	ว/ด/ป นัด.....	ว/ด/ป นัด.....

**แนวทางปฏิบัติการให้ภูมิคุ้มกันเพื่อป้องกันบุคลากรที่ได้รับอุบัติเหตุขณะปฏิบัติงาน
และมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี**

บุคลากร	การป้องกันแยกตามผู้ป่วยหรือแหล่งสัมผัส		
	HBsAg เป็น บวก	HBsAg เป็น ลบ	ไม่ได้ตรวจหรือไม่ทราบ
ไม่เคยได้รับวัคซีนไวรัสตับอักเสบบี	HBIG 1 เข็ม และให้วัคซีน 3 เข็ม *	วัคซีน 3 เข็ม	วัคซีน 3 เข็ม
เคยได้รับวัคซีนไวรัสตับอักเสบบี และมีภูมิคุ้มกันอยู่ในระดับ ที่ป้องกันได้	ไม่ต้องให้	ไม่ต้องให้	ไม่ต้องให้
เคยได้รับวัคซีนไวรัสตับอักเสบบี แต่ภูมิคุ้มกันไม่อยู่ในระดับที่ป้องกันได้	HBIG 2 เข็ม หรือ HBIG 1 เข็มร่วมกับวัคซีน 3 เข็ม**	ไม่ต้องให้	ถ้ามีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อ ให้การป้องกัน เหมือนแหล่งสัมผัสมี HBsAg เป็นบวก
เคยได้รับวัคซีนไวรัสตับอักเสบบี แต่ไม่ทราบว่าป้องกันได้หรือไม่	ให้บุคลากรตรวจ anti-HBs ถ้ามีอยู่ในระดับที่ป้องกันได้ ไม่ต้องให้การป้องกันอื่น ถ้าไม่มีภูมิคุ้มกันอยู่ในระดับที่ป้องกันได้ให้ HBIG 1 เข็ม และวัคซีน 1 เข็ม	ไม่ต้องให้	ให้บุคลากรตรวจ anti-HBs ถ้ามีอยู่ในระดับที่ป้องกันได้ ไม่ต้องให้การป้องกันอื่น ถ้าไม่มีภูมิคุ้มกันอยู่ในระดับที่ป้องกันได้ให้วัคซีน 3 เข็ม

HBIG: hepatitis B immunoglobulin ขนาด 0.06 ml/kg

* ควรให้ HBIG และวัคซีนเข็มแรก ภายใน 24 ชม. หรืออย่างช้าไม่เกิน 7 วัน สามารถให้พร้อมกันได้ แต่คนละตำแหน่ง

* ถ้าบุคลากรเคยได้รับวัคซีนมาแล้ว 2 รอบ (6 เข็ม) ให้ HBIG 2 เข็มห่างกัน 1 เดือน ถ้าได้วัคซีน ชุดที่ 2 ไม่ครบ 3 เข็ม ให้ HBIG 1 เข็มร่วมกับวัคซีน 3 เข็ม

แนวปฏิบัติเมื่อนุ้คลาการทางการแพทยัสมัผัสเลือด หรือสิ่งคั้ดหลังของผู้ป่วยขณะปฏิบัติงาน :

โรงพยาบาลพยัคณภูมิพิสัย

