	<b>โรงพยาบาลไทยเจริญ</b>		
	วิธีปฏิบัติงาน	เอกสารที่	หน้า จาก 10
	เรื่อง : การปฏิบัติเมื่อบุคลากรได้รับบาดเจ็บจากของมีคม และสัมผัสสารคัดหลั่งผู้ป่วยขณะปฏิบัติงาน	TCH-WI-ICC-003	
		แก้ไขครั้งที่	เริ่มใช้วันที่
	1	(.....)	
คณะผู้จัดทำ: คณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ	หน่วยงาน: กลุ่มการพยาบาล		
ผู้ตรวจสอบ : .....	ผู้อนุมัติใช้: .....		
(พญ.สุทธิดา นวนพรัตน์สกุล) ประธานกรรมการ ICC	(นพ.ภู่อารงธรรม เกิดสวัสดิ์) ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลไทยเจริญ		

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อป้องกันการติดเชื้อสามารถติดต่อได้ทางเลือดและสารคัดหลั่งของผู้ป่วย
2. เพื่อให้บุคลากรที่ได้รับบาดเจ็บ ได้รับการปฏิบัติอย่างถูกต้องและรวดเร็ว
3. เพื่อความสะดวก รวดเร็ว และครบถ้วนของรายงานการได้รับบาดเจ็บของบุคลากร

### ขอบเขต


หน่วยงานที่มีการให้บริการผู้ป่วยใน โรงพยาบาลและหน่วยปฐมภูมิ

### คำจำกัดความ

1. บุคลากร หมายถึง บุคลากรทางการแพทย์ทุกคน ทุกระดับ รวมทั้งนักศึกษาที่ปฏิบัติงานใน  
โรงพยาบาลไทยเจริญ
2. การบาดเจ็บจากของมีคม หมายถึง การถูกเข็ม กรรไกร ใบมีด ลวด กระดุกที่มุดำทะลุผ่าน  
ผิวหนังของบุคลากร
3. การสัมผัสสารคัดหลั่งของผู้ป่วย หมายถึง การถูกเลือด น้ำเลือด น้ำเหลืองหนอง ที่ออกมาจาก  
ตัวผู้ป่วยและกระเด็นถูกเยื่อตา ปาก หรือ ผิวหนังของบุคลากร
4. HBV หมายถึง โรคไวรัสตับอักเสบบี
5. HCV หมายถึง โรคไวรัสตับอักเสบซี
6. HIV หมายถึง โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง (โรคเอดส์)

### หน้าที่รับผิดชอบ

1. บุคลากร มีหน้าที่รายงานการได้รับบาดเจ็บและบันทึกรายงานการบาดเจ็บให้ผู้บังคับบัญชา  
ทราบ
2. พยาบาล มีหน้าที่ให้คำปรึกษาแก่บุคลากรก่อนการเจาะเลือดตรวจ และในกรณีที่เป็นให้  
คำแนะนำการรับประทานยาป้องกันภายหลังการสัมผัสเชื้อ HIV ตลอดจนประสานงานระหว่างแพทย์โรค

	<b>โรงพยาบาลไทยเจริญ</b>		
	วิธีปฏิบัติงาน	เอกสารที่	หน้า จาก 10
	เรื่อง : การปฏิบัติเมื่อบุคลากรได้รับบาดเจ็บจากของมีคม และสัมผัสสารคัดหลั่งผู้ป่วยขณะปฏิบัติงาน	TCH-WI-ICC-003	
		แก้ไขครั้งที่	เริ่มใช้วันที่
	1	(.....)	
คณะผู้จัดทำ: คณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ	หน่วยงาน: กลุ่มการพยาบาล		
ผู้ตรวจสอบ : .....	ผู้อนุมัติใช้: .....		
(พญ.สุทธิภา นวนพรัตน์สกุล) ประธานกรรมการ ICC	(นพ.ภูารงธรรม เกิดสวัสดิ์) ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลไทยเจริญ		

ติดเชื้อและงานเฝ้าระวัง

3. แพทย์โรคติดเชื้อมีหน้าที่ประเมินความเสี่ยงของการติดเชื้อและสั่งยาป้องกันการติดเชื้อ  
ภายหลังการสัมผัสเชื้อ HIV

### แนวทางการปฏิบัติ

#### 1. จากเข็มหรือของมีคมบาดที่มด้า

1.1 รีบทำความสะอาดแผลและทำแผลด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อเช่น 70%Alcohol หรือ Providine

เป็นต้น

1.2 รายงานผู้บังคับบัญชาให้ทราบสาเหตุการเกิดอุบัติเหตุ

1.3 บันทึกรายงานการเกิดอุบัติเหตุในแบบรายงานการบาดเจ็บจากของมีคมที่มด้าขณะ

ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล

#### 2. จากเลือดหรือสารคัดหลั่งต่างๆ กระเด็นเข้าแผล ตา ปาก

2.1 ให้ทำความสะอาดแผลเช่นเดียวกับถูกเข็มที่มด้า

2.2 ล้างด้วยน้ำสะอาดหลายๆ ครั้ง

2.3 บ้วนปากด้วยน้ำสะอาดหลายๆ ครั้งหรือใช้ Hydrogen peroxide ผสมน้ำ 1 : 1 บ้วน

ปากกล้วคอ

2.4 ให้ปฏิบัติเช่นเดียวกับข้อ 6.1.2 และ 6.1.3


ในเวลาราชการ ให้บุคลากรแจ้งไปยังพยาบาลควบคุมโรคติดเชื้อทันทีเพื่อรับคำแนะนำ ปรีกษา และ

บันทึกประวัติการได้รับบาดเจ็บ โดยนำแบบรายงานการบาดเจ็บที่บันทึกแล้วมาด้วย และพยาบาลควบคุม

โรคติดเชื้อจะเป็นผู้ประสานให้บุคลากรพบแพทย์ เพื่อประเมินความเสี่ยง ตลอดจนพิจารณาให้ยาป้องกัน

และรับยาป้องกันจากห้องยาตามลำดับ

นอกเวลาราชการ บุคลากรที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อให้เขียนบันทึกรายงานการบาดเจ็บและให้แพทย์เเวร

	<b>โรงพยาบาลไทยเจริญ</b>		
	วิธีปฏิบัติงาน	เอกสารที่	หน้า จาก 10
	เรื่อง : การปฏิบัติเมื่อบุคลากรได้รับบาดเจ็บจากของมีคม และสัมผัสสารคัดหลั่งผู้ป่วยขณะปฏิบัติงาน	TCH-WI-ICC-003	
		แก้ไขครั้งที่	เริ่มใช้วันที่
	1	(.....)	
คณะผู้จัดทำ: คณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ	หน่วยงาน: กลุ่มการพยาบาล		
ผู้ตรวจสอบ : .....	ผู้อนุมัติใช้: .....		
(พญ.สุทธิภา นวนพรัตน์สกุล) ประธานกรรมการ ICC	(นพ.ภู่อารงธรรม เกิดสวัสดิ์) ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลไทยเจริญ		

อุบัติเหตุและฉุกเฉิน หรือแพทย์ที่อยู่เวรอุบัติเหตุและฉุกเฉินเป็นผู้สั่งยา โดยระบุในใบสั่งยาตามแนวทางการให้ยาป้องกันภายหลังการสัมผัสเชื้อไวรัสเอดส์ และได้รับยาได้ที่ห้องยา ซึ่งทางห้องยาจะดำเนินการจัดยาให้แล้วรีบแจ้งพยาบาลควบคุมโรคติดเชื้อทราบโดยเร็วที่สุด (ในเวลาราชการ)

3.บุคลากรที่แพทย์พิจารณาให้รับประทานยาป้องกัน จะต้องรับประทานยาติดต่อกันจนครบ 4 สัปดาห์ หากเกิดอาการข้างเคียงหรือมีปัญหา ห้ามเลิกหรือหยุดยาเอง ให้ปรึกษาแพทย์ผู้สั่งยาหรือติดต่อพยาบาลควบคุมโรคติดเชื้อเพื่อรับคำปรึกษาและบันทึกประวัติการได้รับบาดเจ็บและประวัติการรับประทานยาให้สมบูรณ์





โรงพยาบาลไทยเจริญ

วัตถุประสงค์งาน เรื่อง : การปฏิบัติเมื่อบุคลากรได้รับบาดเจ็บจากของมีคม และสัมผัสสารคัดหลังผู้ป่วยขณะปฏิบัติงาน	เอกสารที่	หน้า จาก 10
	TCH-WI-ICC-003	
	แก้ไขครั้งที่	เริ่มใช้วันที่
	1	(.....)
คณะผู้จัดทำ: คณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ	หน่วยงาน: กลุ่มการพยาบาล	
ผู้ตรวจสอบ : .....	ผู้อนุมัติใช้: .....	
(พญ.สุทธิภา นวนพรัตน์สกุล)	(นพ.ภูารงธรรม เกิดสวัสดิ์)	
ประธานกรรมการ ICC	ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลไทยเจริญ	

แบบบันทึกเมื่อเกิดอุบัติเหตุในการปฏิบัติงาน

แบบบันทึก/รายงานสำหรับบุคลากรโรงพยาบาลไทยเจริญ

กรณีเกิดอุบัติเหตุถูกเข็มของมีคมที่มตำ/บาดหรือสัมผัสเลือด/ของเหลวของผู้ป่วยขณะปฏิบัติหน้าที่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของบุคลากรที่ได้รับอุบัติเหตุ

ID.....HN.....ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี เพศ.....หอผู้ป่วย.....  
 วันที่เกิดเหตุการณ์...../...../..... เวลา.....น. ประวัติพฤติกรรมเสี่ยง ( ) มี ( ) ไม่มี ( ) ไม่ทราบ  
 ประเภทบุคลากร ( ) แพทย์ ( ) ทันตแพทย์ ( ) พยาบาล (.....RN.....TN) ( ) จนท.วิทยาศาสตร์  
 ( ) ผู้ช่วยเหลือคนไข้ ( ) อื่น ๆ ระบุ.....

ภาวะการติดเชื้อเอชไอวีของผู้ป่วย ( ) HIV Positive ( ) HIV Negative ( ) ไม่ทราบแต่มีภาวะเสี่ยง ( ) ไม่ทราบ

การดำเนินโรคของผู้ป่วย ( ) ระยะ Asymtomatic ( ) ระยะ Symtomatic ( ) AIDS ( ) CD4

ผู้ป่วยชื่อ.....HN.....AN.....หอผู้ป่วย.....

บรรยายรายละเอียดเหตุการณ์รวมทั้งระยะเวลาและปริมาณของเลือดและของเหลวที่สัมผัส	อุบัติเหตุการสัมผัสเลือด/ของเหลวเกิดขึ้นเมื่อ
	<input type="checkbox"/> ขณะกำลังใช้ของมีคม <input type="checkbox"/> หลังใช้ของมีคมก่อนทิ้ง <input type="checkbox"/> ขณะทิ้งของมีคม <input type="checkbox"/> ของมีคมถูกวาง/ทิ้งไว้ในตำแหน่ง/บริเวณที่ไม่เหมาะสม



**โรงพยาบาลไทยเจริญ**

<p align="center">วิธีปฏิบัติงาน</p> <p>เรื่อง : การปฏิบัติเมื่อบุคลากรได้รับบาดเจ็บจากของมีคม และสัมผัสสารคัดหลั่งผู้ป่วยขณะปฏิบัติงาน</p>	เอกสารที่	หน้า จาก 10
	TCH-WI-ICC-003	
	แก้ไขครั้งที่	เริ่มใช้วันที่
	1	(. . . . .)
<p>คณะผู้จัดทำ: คณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ</p>	หน่วยงาน: กลุ่มการพยาบาล	
<p>ผู้ตรวจสอบ : .....</p> <p align="center">(พญ.สุทธิภา นวนพรัตน์สกุล)</p> <p align="center">ประธานกรรมการ ICC</p>	<p>ผู้อนุมัติใช้: .....</p> <p align="center">(นพ.ภูารงธรรม เกิดสวัสดิ์)</p> <p align="center">ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลไทยเจริญ</p>	

	<input type="checkbox"/> ขณะปลดเข็ม/ถอดอุปกรณ์ <input type="checkbox"/> สวมปกอกเข็มกลับคืน <input type="checkbox"/> ก่อนใช้ของมีคม <input type="checkbox"/> เข็ม/ของมีคม ที่มแทงทะลุจากขยะ <input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ.....
--	--

ชนิดของเข็ม/ของมีคม

การสัมผัสเลือด/ของเหลวเกิดขึ้นที่ไหน

- Hollow/bore needle       ห้องผู้ป่วย/ward    OR    ER    LR & Delivery room  
 IV catheter                       ICU    ห้องที่ทำ Treatment    OPD    อื่น ๆ ระบุ.....  
 อื่น ๆ ระบุ.....

ขณะเกิดอุบัติเหตุได้สวมอุปกรณ์ป้องกันร่างกายหรือไม่  สวมอุปกรณ์ป้องกัน  ไม่ได้สวมอุปกรณ์ป้องกัน  สวมอุปกรณ์ป้องกันแต่ไม่ครบ/ไม่เหมาะสม

อุปกรณ์ป้องกันร่างกายที่ใช้(สามารถเลือกตอบได้มากกว่า 1 รายการ) :  ถุงมือ 2ข้าง  ถุงมือข้างเดียว

- mask    แว่นตา    เสื้อคลุม    หน้ากาก    รองเท้าบูท

การปฏิบัติตนหลังได้รับอุบัติเหตุ : การปฐมพยาบาลเบื้องต้น  ได้ทำ  ไม่ได้ทำ

ได้รับประทานยา stat dose เมื่อ.....นาที่ หรือ.....ชม. หลังเกิดเหตุ

ยาที่ได้รับ  AZT 300 mg + 3TC 150 mg  อื่น ๆ ได้แก่.....

.....

ไม่ได้รับประทานยา stat dose ภายใน 72 ชั่วโมง เนื่องจาก.....

ส่วนที่ 2 สำหรับแพทย์ผู้ตรวจรักษา

พบผู้ป่วยวันที่...../...../..... เวลา.....น. สถานที่/ห้องตรวจ.....



**โรงพยาบาลไทยเจริญ**

<p><b>วิธีปฏิบัติงาน</b></p> <p>เรื่อง : การปฏิบัติเมื่อบุคลากรได้รับบาดเจ็บจากของมีคม และสัมผัสสารคัดหลังผู้ป่วยขณะปฏิบัติงาน</p>	<p>เอกสารที่</p> <p>TCH-WI-ICC-003</p>	<p>หน้า จาก 10</p>
	<p>แก้ไขครั้งที่</p> <p>1</p>	<p>เริ่มใช้วันที่</p> <p>(.....)</p>
<p>คณะผู้จัดทำ: คณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ</p>	<p>หน่วยงาน: กลุ่มการพยาบาล</p>	
<p>ผู้ตรวจสอบ : .....</p> <p>(พญ.สุทธิดา นวนพรัตน์สกุล)</p> <p>ประธานกรรมการ ICC</p>	<p>ผู้อนุมัติใช้: .....</p> <p>(นพ.ภูวรงค์ธรรม เกิดสวัสดิ์)</p> <p>ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลไทยเจริญ</p>	

**ลักษณะของการสัมผัสเลือด/ของเหลว**


<p>ถูกของมีคมทิ่ม/ตำ/บาด (Percutaneous injury)@</p> <p>( ) Less severe ( ) More severe</p> <p>หมายเหตุ@=Percutaneous Injury มีโอกาสติดเชื้อ 0.3%</p>	<p>เลือด/ของเหลวกระเด็นเข้าปาก/ตา/เยื่อหู (Mucous membrane exposure)@</p> <p>( ) Small volume ( ) Large volume</p> <p>หมายเหตุ@= Mucous membrane exposure มีโอกาสติดเชื้อ 0.9%</p>	<p>สัมผัสเลือด/ของเหลวเนื่องจากมีบาดแผล/รอยแตก (Non-intact skin exposure)@</p> <p>( ) Small volume ( ) Large volume</p> <p>หมายเหตุ@= Non-intact skin exposure มีโอกาสติดเชื้อ &lt; 0.9%</p>
--	--	--

**การได้รับยาเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีอย่างต่อเนื่อง**

- ( ) ไม่ได้รับยาเนื่องจากประเมินแล้วมีความเสี่ยงไม่เพียงพอ
- ( ) ไม่ต้องการรับประทานยาต่อเนื่อง
- ( ) ได้รับยา (28 วัน).....

**การได้รับยา และวัคซีนเพื่อป้องกันไวรัสตับอักเสบบี**

- ( ) ไม่ได้รับ เนื่องจาก.....
- ( ) ได้รับ
  - ( ) HBIG วันที่...../...../..... ( ) Hepatitis B Vaccine Day 0 วันที่...../...../.....
  - 1 เดือน วันที่...../...../.....
  - 6 เดือน วันที่...../...../.....

	<b>โรงพยาบาลไทยเจริญ</b>		
	วิธีปฏิบัติงาน	เอกสารที่	หน้า จาก 10
	เรื่อง : การปฏิบัติเมื่อบุคลากรได้รับบาดเจ็บจากของมีคม และสัมผัสสารคัดหลั่งผู้ป่วยขณะปฏิบัติงาน	TCH-WI-ICC-003	
		แก้ไขครั้งที่	เริ่มใช้วันที่
	1	(.....)	
คณะผู้จัดทำ: คณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ	หน่วยงาน: กลุ่มการพยาบาล		
ผู้ตรวจสอบ :..... (พญ.สุทธิดา นวนพรัตน์สกุล) ประธานกรรมการ ICC	ผู้อนุมัติใช้: ..... (นพ.ภู่อารงธรรม เกิดสวัสดิ์) ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลไทยเจริญ		

- การตรวจเลือด ( ) ไม่จำเป็นต้องได้รับการตรวจเลือดเนื่องจากประเมินแล้วความเสี่ยงไม่เพียงพอ  
 ( ) ไม่ยินยอมที่จะตรวจเลือด  
 ( ) ยินยอมให้ตรวจเลือด  
     ( ) Anti HIV ( ) HbsAg ( ) Anti-HBs  
     ( ) CBC,UA (เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานก่อนได้รับยาต่อเนื่อง)  
     ( ) SGOT,SGPT,BUN,Cr(เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานก่อนได้รับยาต่อเนื่อง)

แพทย์ผู้บันทึก/แพทย์ผู้ดูแล.....  
 ( )  
 วันที่...../...../.....





โรงพยาบาลไทยเจริญ


<p>วิธีปฏิบัติงาน</p> <p>เรื่อง : การปฏิบัติเมื่อบุคลากรได้รับบาดเจ็บจากของมีคม และสัมผัสสารคัดหลั่งผู้ป่วยขณะปฏิบัติงาน</p>	เอกสารที่	หน้า จาก 10
	TCH-WI-ICC-003	
	แก้ไขครั้งที่	เริ่มใช้วันที่
	1	(.....)
<p>คณะผู้จัดทำ: คณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ</p>	หน่วยงาน: กลุ่มการพยาบาล	
<p>ผู้ตรวจสอบ : .....</p> <p>(พญ.สุทธิภา นวนพรัตน์สกุล)</p> <p>ประธานกรรมการ ICC</p>	<p>ผู้อนุมัติใช้: .....</p> <p>(นพ.สุรารธรรม เกิดสวัสดิ์)</p> <p>ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลไทยเจริญ</p>	

ส่วนที่ 3 สำหรับ ICN

<p>การให้คำปรึกษาแก่บุคลากรภายหลังเกิดอุบัติเหตุ</p> <p>( ) บุคลากรทราบถึงโอกาสเสี่ยงของการติดเชื้อ : ( ) ทราบ ( ) ไม่ทราบ</p> <p>( ) บุคลากรทราบถึงข้อดี ข้อเสียของการตรวจเลือด : ( ) ทราบ ( ) ไม่ทราบ</p> <p>( ) บุคลากรทราบถึงความสำคัญของการรับประทานยาต่อเนื้อ รวมทั้ง S/E ที่อาจเกิดขึ้น ( ) ทราบ ( ) ไม่ทราบ</p> <p>( ) บุคลากรทราบถึงความสำคัญของการได้รับการติดตามภาวะ สุขภาพ : ( ) ทราบ ( ) ไม่ทราบ</p>	<p>การรับรู้ของบุคลากร</p> <p>( ) รับรู้ ( ) ไม่รับรู้ ( ) ไม่แน่ใจ</p> <p>.....ลายเซ็นบุคลากร</p>
---	--

ผลการตรวจเลือดหลังเกิดอุบัติเหตุทันที ( Day 0)

Hemoglobin.....mg% Hematocrit.....mg% Neutrophil.....% Lymphocyte.....%	Anti-HIV ( ) บวก ( ) ลบ
Red cell morphology..... Monocyte.....% Basophil.....%	HBsAg ( ) บวก ( ) ลบ
WBC count.....per cu.mm. Eosinophil.....% Band form.....%	Anti-HBs ( ) บวก ( ) ลบ
SGOT.....SGPT.....BUN.....Cr.....UA.....	

	<b>โรงพยาบาลไทยเจริญ</b>		
	วิธีปฏิบัติงาน	เอกสารที่	หน้า จาก 10
	เรื่อง : การปฏิบัติเมื่อบุคลากรได้รับบาดเจ็บจากของมีคม และสัมผัสสารคัดหลั่งผู้ป่วยขณะปฏิบัติงาน	TCH-WI-ICC-003	
		แก้ไขครั้งที่	เริ่มใช้วันที่
	1	(.....)	
คณะผู้จัดทำ: คณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ	หน่วยงาน: กลุ่มการพยาบาล		
ผู้ตรวจสอบ : .....	ผู้อนุมัติใช้: .....		
(พญ.สุทธิภา นวนพรัตน์สกุล) ประธานกรรมการ ICC	(นพ.ภู่อารงธรรม เกิดสวัสดิ์) ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลไทยเจริญ		

### การนัดตรวจเพื่อติดตามภาวะสุขภาพ

#### 1.กรณีไม่ทานยา

- ( ) นัดครั้งที่ 1 (เดือนที่ 3) วันที่...../...../..... (เจาะ Anti-HIV )  
 ( ) นัดครั้งที่ 2 (เดือนที่ 6) วันที่...../...../..... (เจาะ Anti-HIV , Anti- HCV,HBsAg)

#### 2.กรณีทานยา

- ( ) นัดครั้งที่ 1\* (สัปดาห์ที่ 2 หลังรับประทานยาต่อเนื่องเพื่อติดตามอาการ) วันที่...../...../.....  
 CBC,SGOT,SGPT,BUN,Cr,UA  
 ( ) นัดครั้งที่ 2\* (สัปดาห์ที่ 4 หลังรับประทานยาต่อเนื่อง) วันที่...../...../..... เจาะ Anti-HIV  
 ( ) นัดครั้งที่ 3 (เดือนที่ 3) วันที่...../...../..... เจาะ Anti-HIV  
 ( ) นัดครั้งที่ 4 (เดือนที่ 6) วันที่...../...../..... (เจาะ Anti-HIV , Anti- HCV,HBsAg)

#### ผลการรับประทานยา

- ( ) ไม่ครบ รับประทานยาได้.....วัน/สัปดาห์  
 เหตุผลที่หยุดยาก่อนครบ 4 สัปดาห์ ( ) ทนต่อผลข้างเคียงของยาไม่ได้  
 ( ) อื่น ๆ (ระบุ).....  
 ( ) รับประทานยาครบ 4 สัปดาห์  
 ( ) ไม่มีผลข้างเคียงของยา  
 ( ) มีผลข้างเคียง ได้แก่ ( ) คลื่นไส้ อาเจียน ( ) ผม่ว ( ) เบื่ออาหาร ( ) ปวดศีรษะ  
 ( ) เหนื่อยอ่อนเพลีย  
 ( ) น้ำหนักลด ( ) ตาเหลือง/ตัวเหลือง ( ) มึนงง/เวียนศีรษะ ( ) ผื่น ( ) อื่น ๆ....



โรงพยาบาลไทยเจริญ

วิธีปฏิบัติงาน เรื่อง : การปฏิบัติเมื่อบุคลากรได้รับบาดเจ็บจากของมีคม และสัมผัสสารคัดหลั่งผู้ป่วยขณะปฏิบัติงาน	เอกสารที่ TCH-WI-ICC-003	หน้า จาก 10
	แก้ไขครั้งที่ 1	เริ่มใช้วันที่ (.....)
คณะผู้จัดทำ: คณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ	หน่วยงาน: กลุ่มการพยาบาล	
ผู้ตรวจสอบ : ..... (พญ.สุทธิดา นวนพรัตน์สกุล) ประธานกรรมการ ICC	ผู้อนุมัติใช้: ..... (นพ.สุรารธรรม เกิดสวัสดิ์) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลไทยเจริญ	

ผลการตรวจเลือดบุคลากร

สัปดาห์ที่ 2 WBC count.....per cu.mm. Neutrophil.....% Lymphocyte.....% Red cell morphology..... Monocyte.....% Basophil.....% WBC count.....per cu.mm. Eosinophil.....% Band form.....% SGOT.....SGPT.....BUN.....Cr.....UA.....	เดือนที่ 3 Anti-HIV ( ) บวก ( ) ลบ  เดือนที่ 6 Anti-HIV ( ) บวก ( ) ลบ HBsAg ( ) บวก ( ) ลบ Anti HCV ( ) บวก ( ) ลบ
สัปดาห์ที่ 4 Anti-HIV ( ) บวก ( ) ลบ	

ICN ผู้ให้คำปรึกษา/บันทึก.....

วันที่...../...../.....