1. วัตถุประสงค์ (Objectives)

เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์ทุกระดับมีความปลอดภัยจากอุปกรณ์มีคมทิ่มตำขณะปฏิบัติงานตามมาตรฐาน

2. ผู้รับผิดชอบ (Responsible party)

บุคลากรทุกระดับที่ให้บริการกับผู้ป่วย

3. เครื่องมือ/อุปกรณ์ที่ใช้ (Equipment)/ข้อมูลที่เกี่ยวข้อง

- เครื่องมืออุปกรณ์ป้องกันร่างกาย

4. นโยบาย / ขั้นตอนการปฏิบัติ (Procedure)

การติดเชื้อจากการปฏิบัติงานจากวัสดุอุปกรณ์มีคมทิ่มตำ หมายถึงลักษณะการทำงานกับของแหลมคมสัมผัสกับอุปกรณ์มีคมที่ปนเปื้อนเชื้อโรค

5. ผังการไหลของงาน (Flow chart) (ถ้ามี)

-

6. การเฝ้าติดตามและการวัดกระบวนการ (KPI)

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผู้รับผิดชอบ
1	ร้อยละบุคลากรถูกอุปกรณ์มีคมทิ่มตำจากการปฏิบัติงาน	0	คณะอนุกรรมการ ICC

7. ขั้นตอนการปฏิบัติ

กระบวนการ	แนวทางการปฏิบัติ
การป้องกันการได้รับบาดเจ็บก่อนการทำกิจกรรมที่มีการใช้เข็มและของมีคม	1. เตรียมอุปกรณ์ให้ครบ สามารถหยิบจับได้สะดวก 2. ประเมินผู้ป่วยก่อนทำกิจกรรม 3. ชี้แจงผู้ป่วยและญาติให้ทราบถึงหัตถการที่จะทำ 4. สวมถุงมือทุกครั้งก่อนทำกิจกรรมที่มีการใช้เข็มและของมีคมที่เสี่ยงต้องการสัมผัสสารคัดหลั่ง 5. ใช้ก๊อสหรือสำลีปราศจากเชื้อรองมือก่อนหักหลอดแก้วบรรจุยา
การป้องกันการได้รับบาดเจ็บ ขณะปฏิบัติกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับเข็มและของมีคม	1. ไม่ส่งเข็มและของมีคมด้วยมือโดยตรง 2. วางเข็มและของมีคมบนถาดหรือบริเวณที่จัดไว้ 3. ไม่สวมปลอกเข็มคืนหลังจากใช้แล้ว 4. การเย็บแผล 4.1 ไม่จับเข็มด้วยมือโดยตรง ให้ใช้คีมจับเข็ม(needle holder)จับทุกครั้ง 4.2 ไม่ใช้นิ้วมือข้างมือข้างหนึ่งกดแผลควรใช้คีมคีบ (forceps/ sponge forceps) แทนนิ้วมือกด 4.3 ขณะพักการใช้เข็มเย็บแผลให้ซ่อนปลายเข็มใช้คีมจับใบมีดเวลาใส่ใบมีด
การป้องกันการได้รับบาดเจ็บหลังทำหัตถการ	1. แยกเครื่องมือที่มีคม ออกจากเครื่องมือชนิดอื่น 2. ตรวจนับ เข็มเย็บ ใบมีดให้ครบก่อนนำไปเก็บ 3. เครื่องมือที่นำกลับมาใช้ซ้ำใส่ภาชนะมีฝาปิด
การป้องกันการได้รับบาดเจ็บขณะทิ้งเข็มและของมีคมลงในภาชนะ	1. ไม่ใช้มือปลดเข็มฉีดยาหรือใบมีด 2. ทิ้งเข็ม ใบมีดและของมีคมที่ใช้แล้วลงในภาชนะสำหรับทิ้งเข็มและของมีคม 3. ไม่ใช้มือหรือนิ้วล้วงเข้าไปในภาชนะทิ้งเข็มและของมีคม 4. ตรวจดูภาชนะที่ทิ้งเข็มและของมีคม 5. ปิดผนึกภาชนะที่บรรจุเข็มและของมีคม

8. เอกสารอ้างอิง (Reference)

สถาบันบำราศนราดูร กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2563).แนวปฏิบัติเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล.พิมพ์ครั้งที่ 1.กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์.

9. แบบฟอร์มที่ใช้ (Form)

-

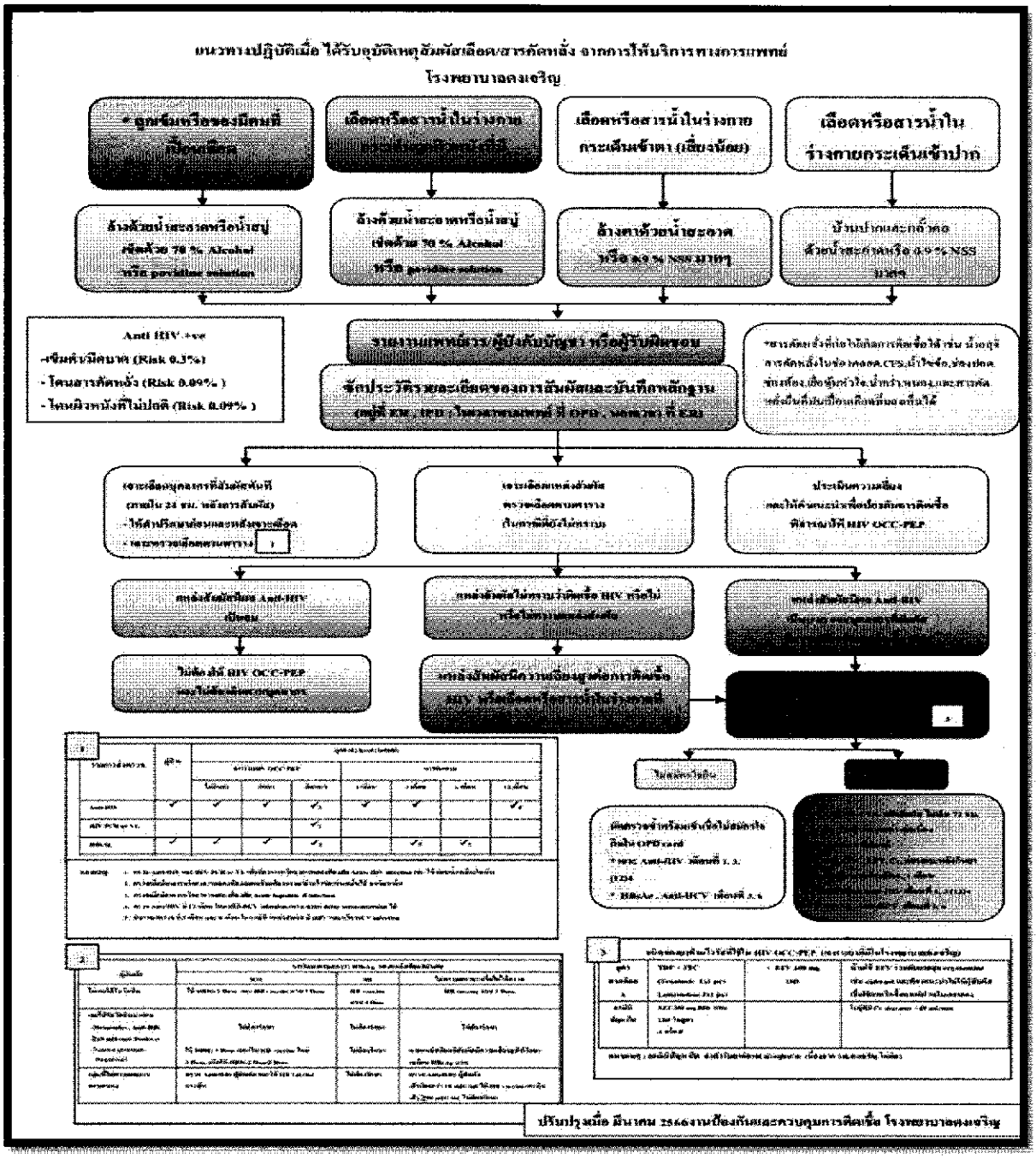
10. การทบทวน/แก้ไข (Review)

ประวัติการแก้ไข

ครั้งที่แก้ไข	รายละเอียดการแก้ไข	ฉบับที่	หน้าที่	วันที่มีผลบังคับใช้หลังการแก้ไข

11. ภาคผนวก

11.1 แนวทางปฏิบัติเมื่อได้รับอุบัติเหตุสัมผัสเลือดหรือสารคัดหลั่ง



12.2 แบบรายงานอุบัติการณ์

Code.....

รายงานอุบัติเหตุจากของมีคมและสิ่งคัดหลั่งขณะปฏิบัติงาน

ชื่อ.....อายุ.....HN.....รหัสบุคลากร*.....หน่วยงานต้นสังกัด.....

ประเภทของบุคลากร ประสบการณ์การทำงาน .....ปี เบอร์โทรศัพท์.....

☐ แพทย์ ☐ พยาบาล ☐ นักศึกษาแพทย์ปี..... ☐ แพทย์ประจำบ้าน

☐ ผู้ช่วยพยาบาล ☐ นักศึกษาพยาบาลปี..... ☐ เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ ☐ คนงาน

☐ นักเวียนผู้ช่วยพยาบาล ☐ อื่น ๆ โปรดระบุ .....

วันที่เกิดอุบัติเหตุ*.....เวลา*.....น. วันที่มาแจ้ง .....

สถานที่เกิดอุบัติเหตุ*.....

ประเภทของอุบัติเหตุที่เกิดจาก

☐ เข็มเปื้อนเลือดที่มีแหงที่ (เช่น มือ แขน)..... ( ) ซ้าย ( ) ขวา

☐ เข็มเจาะเลือด ☐ เข็มฉีดยา ☐ เข็มเย็บแผล ☐ อื่นๆ.....

☐ มีดเปื้อนเลือดบาดที่ (เช่น มือ แขน) ..... ( ) ซ้าย ( ) ขวา

☐ ของมีคม*อื่น ๆ โปรดระบุ.....ที่เปื้อนเลือดผู้ป่วยบาด,หรือตำที่.....( ) ซ้าย ( ) ขวา

ขณะเกิดอุบัติเหตุจากเข็ม มีด ของมีคม ท่านสวมถุงมือหรือไม่ ( ) สวมถุงมือ ( ) ไม่สวมถุงมือ

ขณะทำหัตถการท่านบ้ากล่องทิ้งของมีคมไปด้วย ( ) ใช่ ( ) ไม่ใช่

☐ เลือดผู้ป่วยกระเด็นเข้า ( ) ตา ( ) ปาก ( ) จมูก

☐ สิ่งคัดหลั่งผู้ป่วยกระเด็นเข้า ( ) ตา ( ) ปาก ( ) จมูก

☐ อื่น ๆ .....

บรรยายการเกิดอุบัติเหตุโดยละเอียด.....

.....

ชื่อผู้ป่วยที่อาจเป็นแหล่งของเชื้อ.....HN.....Ward.....

การวินิจฉัยโรค.....

การปฐมพยาบาลเบื้องต้น.....

.....

พยาน/ผู้รับรู้เหตุการณ์

.....หน่วยงาน.....

การเกิดอุบัติเหตุทางการแพทย์ครั้งนี้ข้าพเจ้าจะได้รับการตรวจเลือด anti HIV จำนวน 3 ครั้ง คือ ในวันแรกที่ทราบผล 6 สัปดาห์และ 3 เดือน ภายหลังการเกิดอุบัติเหตุ นอกจากนี้ข้าพเจ้าจะงดการมีเพศสัมพันธ์หรือสวมถุงยางอนามัยหากมีเพศสัมพันธ์และไม่บริจาคโลหิตหรืออวัยวะภายใน 3 เดือนหลังเกิดอุบัติเหตุ ข้าพเจ้า☐ยินยอม ☐ไม่ยินยอม ที่จะรับการตรวจหา anti HIV

ลงนาม.....ผู้ที่ประสบอุบัติเหตุ

(.....)

ลงนาม.....ผู้บังคับบัญชา

(สำหรับพยาบาลควบคุมการติดเชื้อ)

วันที่รับแจ้ง IC.....เวลา.....

ผล Anti-HBs ของบุคลากร วันที่..... Anti-HBs ผล.....mIU/ml

.....

ผล Lab ของผู้ป่วย วันที่..... Anti-HIV ผล.....

วันที่..... Anti-HCV ผล.....

วันที่..... HBsAg ผล.....

วันที่นัด	ครั้งแรก	6 สัปดาห์	3 เดือน	6 เดือน	หมายเหตุ
วันเจาะเลือด / ชนิด lab/ผล					
Anti-HIV					
HBsAg					
Anti-HBs					
Anti-HBc					
Anti-HCV					
ALT					

Antiviral ☐ ไม่ได้รับ

☐ ได้รับ ระบุ .....

.....

.....

หมายเหตุ.....

.....

Hepatitis B Vaccine ☐ ไม่ได้รับ ☐ ได้รับ เข็มที่ 1 วันที่.....

เข็มที่ 2 วันที่.....

เข็มที่ 3 วันที่.....

HBIG ☐ ไม่ได้รับ ☐ ได้รับ (ขนาด).....

หมายเหตุ.....

.....

.....

สรุป

☐ ได้รับคำแนะนำการปฏิบัติตัว

☐ อื่นๆ.....

.....

.....

ลงชื่อ.....บุคลากร

MEDICAL REPORT FORM OF OCCUPATIONAL HIV EXPOSURE

(สำหรับแพทย์)

NAME OF PERSONNEL.....

NATURE OF INJURY OR EXPOSURE

1. ( ) Parenteral ( ) Mucous-membrane-exposure
2. Describe wound of affected part .....
3. Assess the severity of exposure

( ) Mucosal - area exposed.....
- period of exposure:.....

( ) Perenteral - size of needle.....depth.....
- visible blood on device ( ) Yes ( ) No
- freshness of contaminated blood ( ) Yes ( ) No

SEROLOGY OF INDEX PATIENT

1. HIV ( ) positive date..... ( ) negative date.....( ) not known
( ) asymptomatic ( ) AIDS
( ) symptomatic ( ) Antiretroviral agents use.....
2. HBsAg ( ) positive date..... ( ) negative date.....( ) not known

HOST STATUS

1. Any underlying disease ( ) Yes ( ) No
If yes specify.....
2. HBV vaccine ( ) Yes ( ) No
3. HBV status - Hbs Ag. ( ) positive ( ) negative ( ) not Known
- HBS Ab. ( ) positive ( ) negative ( ) not Known

COUNSELLING

Risk to HIV infection discussed	( ) Yes	( ) No
Plan for blood testing at intervals	( ) Yes	( ) No
Safe sex practice, no blood donation	( ) Yes	( ) No
Efficacy and Toxicity discussed	( ) Yes	( ) No
Antiretroviral agents (ARV) recommended	( ) Yes	( ) No
Personnel's decision for ARV	( ) Yes	( ) No

Medication prescribed.....
.....

ลงชื่อ..... แพทย์ผู้ตรวจ

(.....)

Date.....