

 โรงพยาบาลนครพนม	
ระดับเอกสาร : ระเบียบปฏิบัติ (System Procedure) เลขที่ : IC-CPG-019-00	ฉบับที่ : 1
เรื่อง : การปฏิบัติเมื่อเกิดอุบัติเหตุเข็มทิ่มตำหรือของมีคมบาด และสัมผัสเลือด หรือ สารคัดหลั่ง	วันที่ : 1 มี.ค 2567
แผนก : กลุ่มงานการพยาบาลด้านการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ	แผนกที่เกี่ยวข้อง : ทุกหน่วยงาน
ผู้จัดทำ : (นางชวัดนา ชาระ) ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ผู้ทบทวน : (นายศุภโชค เข้มลา) ตำแหน่ง ประธานคณะกรรมการงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อใน โรงพยาบาล	ผู้อนุมัติ : (นายณฤพนธ์ ยุทธเกษมสันต์) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครพนม

- วัตถุประสงค์ : เพื่อป้องกันการลดการติดเชื้อโดยมีสาเหตุมาจากเข็มหรือของมีคมที่ใช้กับผู้ป่วย และเกิดทิ่มตำ เยื่อหู หรือผิวหนังของบุคลากร ซึ่งอาจทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ไวรัสตับอักเสบบี และ เอชไอวี
- ขอบเขต : ใช้เป็นแนวเมื่อเกิดอุบัติเหตุเข็มทิ่มตำหรือของมีคมบาด และสัมผัสเลือดหรือสารคัดหลั่งขณะปฏิบัติงานสำหรับบุคลากรทุกคน
- คำจำกัดความ :

เอกสารควบคุม

อุบัติเหตุจากเข็มทิ่มตำหรือของมีคมบาด หมายถึง อุบัติเหตุที่เกิดขึ้นในขณะที่บุคลากรให้การพยาบาลหรือรักษาผู้ป่วย โดยมีสาเหตุมาจากเข็มหรือของมีคมที่ใช้กับผู้ป่วย และเกิดทิ่มตำเยื่อหู หรือผิวหนังของบุคลากร ซึ่งอาจทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ไวรัสตับอักเสบบี และ เอชไอวี

4. เอกสารอ้างอิง :

Centers for Disease Control and Prevention. Needlestick Injuries are Preventable. Retrieved Feb 22 2023 from

https://www.cdc.gov/niosh/newsroom/feature/needlestick_disposal.html

คณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อแห่งชาติ. (2557). แนวปฏิบัติของสถานพยาบาลในการ

ดำเนินการป้องกันการติดเชื้อจากเข็มทิ่มตำ ของมีคม และการสัมผัสเลือดหรือสารคัดหลั่งจากการปฏิบัติงานของบุคลากร. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนา.

เรื่อง : การปฏิบัติเมื่อเกิดอุบัติเหตุเข็มทิ่มตำหรือของมีคมบาด และสัมผัสเลือด หรือ สารคัดหลั่ง	หน้า : 2/4
ระดับเอกสาร : ระเบียบปฏิบัติ (System Procedure)	รหัสเอกสาร : IC-CPG-019-00

สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. (2552). แนวปฏิบัติของสถานพยาบาลในการให้บริการ การป้องกันการติดเชื้อจากการสัมผัส. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.

5. แนวทางปฏิบัติ :

5.1 รับประทานยาตามเบื้องต้นทันที ดังนี้

ลักษณะการเกิดอุบัติเหตุ	การปฐมพยาบาล
▪ ถูกเข็มหรือของมีคมเปื้อนเลือด	▪ ไม่ต้องบีบเค้นบาดแผล ▪ ล้างด้วย 4% chlorhexidine และเช็ดตามด้วย 70 % alcohol หรือ Providone Iodine solution 10 %
▪ เลือดหรือสารคัดหลั่งกระเด็นถูกผิวหนัง/ผิวหนังที่มีบาดแผล/เยื่อ	▪ ล้างด้วย 4% chlorhexidine และเช็ดตามด้วย 70 % alcohol หรือ Providone Iodine solution 10 %
▪ เลือดหรือสารคัดหลั่งกระเด็นเข้าตา	▪ ล้างตาด้วย NSS หลาย ๆ ครั้ง หรือน้ำสะอาดกรณีไม่มี NSS ▪ ล้างดวงตาและหนังตา โดยวิธีให้น้ำไหลผ่านจนแน่ใจว่าสะอาด โดยใช้เวลาอย่างน้อย 15 นาที ▪ หากสวมคอนแทคเลนส์ให้ล้างตาก่อนแล้วค่อยถอดคอนแทคเลนส์ขณะล้างตา ▪ ห้ามใช้สบู่ในการล้างตา
▪ เลือดหรือสารคัดหลั่งกระเด็นเข้าปาก	▪ ให้น้ำลายไหลออกโดยเร็วที่สุด แล้วบ้วนปากด้วยน้ำสะอาดหลาย ๆ ครั้ง ▪ บ้วนปากด้วย NSS หลายๆ ครั้ง ▪ ห้ามใช้สบู่หรือสารทำความสะอาดอื่นล้างปาก

5.2 แจ้งหัวหน้าตึก/หัวหน้าเวรทราบ

5.3 ลงบันทึกแบบฟอร์มดังนี้

① แบบ 7500 ลงชื่อผู้สัมผัสแล้วให้หัวหน้าตึกเซ็น (ภาคผนวก ก) และนำส่งที่กลุ่มการพยาบาล (เฉพาะ บุคลากรในกลุ่มการพยาบาล) หรือ คลินิกให้คำปรึกษา (Counselling Clinic) (ห้องเบอร์ 3 ชั้น 2 อาคารผู้ป่วยนอกและอุบัติเหตุฉุกเฉิน)

② แบบบันทึก/รายงานสำหรับบุคลากร กรณีอุบัติเหตุถูกเข็ม ของมีคมทิ่มตำ/บาด หรือสัมผัสเลือด/ของเหลวจากผู้ป่วยขณะปฏิบัติหน้าที่ (ภาคผนวก ข) โดยบรรยายลำดับเหตุการณ์



เรื่อง : การปฏิบัติเมื่อเกิดอุบัติเหตุเข็มทิ่มตำหรือของมีคมบาด และสัมผัสเลือด หรือ สารคัดหลั่ง	หน้า : 3/4
ระดับเอกสาร : ระเบียบปฏิบัติ (System Procedure)	รหัสเอกสาร : IC-CPG-019-00

รายละเอียด ระบุวัน เวลา สถานที่ สาเหตุ กิจกรรมที่ทำให้เกิด ประเภทของสิ่งที่สัมผัส ลักษณะ การสัมผัส ปริมาณเลือด ของเหลวที่สัมผัส และนำไปพบพยาบาล

(แบบบันทึก ข้อ ① และ ② ดาวน์โหลดได้ที่ ICN NKP Guidelines)

- 5.4 ไปยื่นเข้ารับบริการแบบไป-กลับ ที่ห้องบัตร (visit)
- 5.5 นำแบบบันทึก ข้อ ② พบพยาบาลผู้ให้การปรึกษา (Nurse Counselor) ในวันเวลาราชการ ที่ คลินิกให้คำปรึกษา (Counselling Clinic) (ห้องเบอร์ 3 ชั้น 2 อาคารผู้ป่วยนอกและอุบัติเหตุฉุกเฉิน) หรือ พบแพทย์ที่ ER นอกเวลาราชการ เพื่อซักประวัติและประเมินความเสี่ยงหรือความรุนแรงต่อการติดเชื้อ HIV
- 5.6 เจาะเลือดผู้สัมผัส : CBC, UA, AST, ALT, BUN, Cr, HBsAg, Anti-HBs, Anti-HCV, Anti-HIV เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานก่อนการรับประทานยาและเปรียบเทียบในการตรวจครั้งต่อไป และรอผลเลือดก่อนพบแพทย์
- 5.7 นำผลเลือด พบพยาบาลผู้ให้การปรึกษา อีกครั้ง เพื่อพบแพทย์ ในการพิจารณาให้ยาต้านไวรัส (หรือ แพทย์ ER พิจารณาให้ยาต้านไวรัส กรณี นอกเวลาราชการ)
- 5.8 มาตรวจตามนัด เพื่อติดตามภาวะสุขภาพ
 - ในกรณีได้รับยาต้านไวรัส F/U 1 เดือน, 3 เดือนและ 6 เดือน
 - หากไม่ได้รับยาต้านไวรัส F/U 3 เดือน
- 5.9 หากไม่สามารถติดตามผลเลือดได้/ไม่ทราบที่มาของเลือด เข็มที่ตำ ให้ถือว่าเลือดหรือเข็มนั้นมีการติดเชื้อ บุคลากรที่ได้รับอุบัติเหตุ ควรได้รับการเจาะเลือด รับประทานยาต้านไวรัสตามระดับความเสี่ยง และติดตามผลเป็นระยะ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสมัครใจของผู้สัมผัส
- 5.10 กรณีประเมินว่าบุคลากรมีความเสี่ยง หรือสัมผัสเลือดผู้ป่วย HIV เป็นบวก แพทย์จะพิจารณาต้องได้รับ ยาต้านไวรัสภายใน 2 ชั่วโมง หรือไม่ควรเกิน 72 ชั่วโมง
- 5.11 หากบุคลากรไม่ขอรับยาต้านไวรัส ให้นัดเจาะเลือดซ้ำ 3 เดือน และให้เซ็นใบยินยอมไม่รับการ รักษาด้วยยาต้านไวรัส และพิจารณารักษาตามความเหมาะสม
- 5.12 ผลการตรวจ HIV
 - HIV positive ตั้งแต่แรก แสดงว่าติดเชื้อ HIV ก่อนได้รับอุบัติเหตุ ให้ดูแลรักษาเหมือนผู้ป่วยติดเชื้อ HIV

เอกสารควบคุม

เรื่อง : การปฏิบัติเมื่อเกิดอุบัติเหตุเข็มทิ่มตำหรือของมีคมบาด และสัมผัสเลือด หรือ สารคัดหลั่ง	หน้า : 4/4
ระดับเอกสาร : ระเบียบปฏิบัติ (System Procedure)	รหัสเอกสาร : IC-CPG-019-00

- เลือดที่เจาะภายใน 72 ชั่วโมงหลังเกิดอุบัติเหตุ ผลเป็น Negative แต่การเจาะเลือด
ครั้งต่อมาเป็น Positive แสดงว่าบุคลากรได้รับเชื้อจากอุบัติเหตุและขณะปฏิบัติงาน

5.13 Flow chart แนวทางปฏิบัติหลังได้รับอุบัติเหตุถูกเข็มทิ่มตำหรือของมีคมบาด และสัมผัสเลือด
หรือ สารคัดหลั่ง (ภาคผนวก ค)

เอกสารควบคุม

แบบรายงานการติดเชื้อโรคเอดส์อันเนื่องมาจากการปฏิบัติหน้าที่

ที่ทำการ โรงพยาบาลนครพนม

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....เวลา.....น.

วันที่ ภายใน 24 ชม.หลังเกิดอุบัติเหตุ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครพนม

ข้าพเจ้า.....ชื่อ-นามสกุล ผู้สัมผัส.....ตำแหน่ง.....พยาบาลวิชาชีพ / นักศึกษาพยาบาล

สังกัด/สถานศึกษา.....โรงพยาบาลนครพนม / วทบ.นครพนม.....จังหวัด.....นครพนม.....สงสัยว่า

จะได้รับเชื้อโรคเอดส์เนื่องจากการปฏิบัติหน้าที่.....คิดว่าให้ผู้ป่วย เกิดเข็มทิ่มค้ำนิ้ว มีอ้วก.....

.....

.....

.....

ลายมือชื่อ.....ลายเซ็น ผู้สัมผัส.....(ผู้สัมผัส)

ความเห็นของผู้บังคับบัญชาได้รับรายงานและตรวจสอบแล้ว เห็นสมควรดำเนินการ
ตรวจสอบได้

หัวหน้าเวร กรณีนอกเวลาราชการ

ลายเซ็น หัวหน้าสีก/ หัวหน้าเวร

(.....)

ตำแหน่ง.....พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

วันที่.....เวลา.....

ลายเซ็น หัวหน้าพยาบาล

(.....)

ตำแหน่ง.....หัวหน้าพยาบาล

วันที่ ภายใน 72 ชม.หลังเกิดอุบัติเหตุ วันที่.....เวลา.....

อนุมัติให้ดำเนินการตรวจสอบได้

.....

(.....)

ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลนครพนม

วันที่.....เวลา.....

เอกสารควบคุม

แบบรายงานการติดเชื้อโรคเอดส์อันเนื่องมาจากการปฏิบัติหน้าที่

ที่ทำการโรงพยาบาลนครพนม

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....เวลา.....น.

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครพนม

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

สังกัด/สถานศึกษา.....จังหวัด.....สงสัยว่า

จะได้รับเชื้อโรคเอดส์เนื่องจากการปฏิบัติหน้าที่.....

.....

.....

.....

ลายมือชื่อ.....(ผู้สัมผัส)

ความเห็นของผู้บังคับบัญชาได้รับรายงานและตรวจสอบแล้ว เห็นสมควรดำเนินการ
ตรวจสอบได้

.....

()

ตำแหน่ง.....

วันที่.....เวลา.....

.....

()

ตำแหน่ง.....

วันที่.....เวลา.....

อนุมัติให้ดำเนินการตรวจสอบได้

.....

()

ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลนครพนม

วันที่.....เวลา.....



แบบบันทึก/รายงานสำหรับบุคลากร

กรณีเกิดอุบัติเหตุถูกเข็ม ของมีคมที่ตำ/บาด หรือสัมผัสเลือด/ของเหลวของผู้ป่วยขณะปฏิบัติงานที่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของบุคลากรที่ได้รับอุบัติเหตุ

ID.....	HN.....	ชื่อ-สกุล.....	อายุ.....	ปี เพศ.....	หอผู้ป่วย.....
วันที่เกิดเหตุการณ์...../...../..... เวลา..... น. ประวัติพฤติกรรมเสี่ยง () มี () ไม่มี () ไม่ทราบ					
ประเภทบุคลากร () แพทย์ (...Staff ...Resident ...Intern ...Extern) () ทันตแพทย์ () พยาบาล (...RN ...PN)					
() จนท.วิทยาศาสตร์ () ผู้ช่วยเภสัชกร () พนักงานทั่วไป () นักศึกษาพยาบาล ปี.....					
อื่น ๆ ระบุ..... เบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้.....					

ภาวะการติดเชื้อเอชไอวี ของผู้ป่วย () HIV Positive () HIV Negative () ไม่ทราบแต่มีภาวะเสี่ยง () ไม่ทราบ
 การดำเนินโรคของผู้ป่วย () ระยะ Asymptomatic () ระยะ Symptomatic () AIDS

() HBsAg Positive () HBsAg Negative () Anti-HCV Positive () Anti-HCV Negative

บรรยายรายละเอียดเหตุการณ์ รวมทั้งระยะเวลาและปริมาณของเลือด และ ของเหลวที่สัมผัส	อุบัติเหตุการสัมผัสเลือด/ของเหลว เกิดขึ้นเมื่อ
	() ขณะกำลังใช้ของมีคม () หลังใช้ของมีคม ก่อนทิ้ง () ขณะทิ้งของมีคม () ของมีคมถูกวาง หรือทิ้งไว้ในตำแหน่ง/บริเวณไม่เหมาะสม () ขณะปลดเข็ม หรือถอดอุปกรณ์ () สวมปลอกเข็มกลับคืน () ก่อนใช้ของมีคม () เข็ม/ของมีคม ที่แทงทะลุจากถุงขยะ () อื่น ๆ ระบุ..... () สัมผัสเลือด/สารคัดหลั่ง

ชนิดของเข็ม / ของมีคม

- () needle กลาง () IV catheter
 () needle ไม่กลาง () surgical blade
 () Lancet/ปากกาเจาะ () tube Hct
 () catgut () อื่น ๆ.....

การสัมผัสเลือด / สารคัดหลั่ง เกิดขึ้นที่ไหน

- () ICU ...Med ...Ped ...Surg () CCU () RCU
 () OR () ER () LR (ห้องคลอด)
 () OPD () IPD ward.....
 () แผนกทันตกรรม () อื่น ๆ ระบุ.....

ขณะเกิดอุบัติเหตุ ได้สวมอุปกรณ์ป้องกันร่างกายหรือไม่ () สวม () ไม่ได้สวม

() สวม แต่ไม่ครบ / ไม่เหมาะสม

อุปกรณ์ป้องกันที่ใช้ (ตอบได้มากกว่า 1 รายการ) () ถุงมือ 2 ข้าง () ถุงมือข้างเดียว () Mask

() แว่นตา () Face shield () เสื้อคลุม () รองเท้าบูท

การปฏิบัติคนหลังได้รับอุบัติเหตุ : การปฐมพยาบาลเบื้องต้น () ได้ทำ () ไม่ได้ทำ

() ได้รับประทานยา Stat dose เมื่อ นาที หรือ ชั่วโมง หลังเกิดเหตุ

ยาที่ได้รับ ☐ TDF(300mg) + 3TC(300mg) และ RVP(25mg)

☐ TDF+3TC+Kaletra

☐ Teevir

☐ TLD

☐ อื่น ๆ

() ไม่ได้รับประทานยา Stat dose ภายใน 72 ชั่วโมง เนื่องจาก

ส่วนที่ 2 สำหรับแพทย์ผู้ตรวจรักษา

พบผู้ป่วยวันที่/...../..... เวลา..... น. สถานที่/หรือห้องตรวจ.....

ลักษณะการสัมผัสเลือดหรือของเหลว

ถูกของมีคมทิ่ม/ตำ/บาด (Percutaneous injury)@	เลือด/ของเหลวกระเด็นเข้าปาก/เยื่อ (Mucous membrane exposure)@	สัมผัสเลือด/ของเหลวเนื่องจากมีบาดแผล/รอยแตก (Non-intact skin exposure)@
() Less severe	() Small volume	() Small volume
() More severe	() Large volume	() Large volume
@ = มีโอกาสติดเชื้อ 0.3 %	@ = มีโอกาสติดเชื้อ 0.9 %	@ = มีโอกาสติดเชื้อ < 0.9 %

การได้รับยาเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี อย่างต่อเนื่อง

() ไม่ได้รับยาเนื่องจาก ประเมินแล้วมีความเสี่ยงไม่เพียงพอ

() ไม่ต้องรับประทานยาต่อเนื่อง

() ได้รับยา (28 วัน)

การได้รับยา และวัคซีน เพื่อป้องกันไวรัสตับอักเสบบี

() ไม่ได้รับ เนื่องจาก

() ได้รับ

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

1 เดือน วันที่/...../.....

6 เดือน วันที่/...../.....

- การตรวจเลือด () ไม่จำเป็นต้องได้รับการตรวจเลือด เนื่องจาก ประเมินแล้วความเสี่ยงไม่เพียงพอ
 () ไม่ยินยอมที่จะตรวจเลือด
 () ยินยอมให้ตรวจเลือด
 () Anti HIV () HBsAg () Anti-HBs
 () CBC, UA (เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานก่อนได้รับยาต่อเนื่อง)
 () SGOT, SGPT, BUN, Cr (เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานก่อนได้รับยาต่อเนื่อง)

แพทย์ผู้บันทึก/แพทย์ผู้ดูแล.....

()

วันที่/...../.....

ส่วนที่ 3 สำหรับ ICN /พยาบาลผู้ให้การปรึกษา (Nurse Counselor)

การให้คำปรึกษาแก่บุคลากรภายหลังเกิดอุบัติเหตุ	การรับรู้ของบุคลากร
() บุคลากรทราบถึงโอกาสเสี่ยงของการติดเชื้อ : () ทราบ () ไม่ทราบ	() รับรู้
() บุคลากรทราบถึงข้อดี ข้อเสียของการตรวจเลือด : () ทราบ () ไม่ทราบ	() ไม่รับรู้
() บุคลากรทราบถึงความสำคัญของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง รวมทั้ง S/E ที่อาจเกิดขึ้น : () ทราบ () ไม่ทราบ	() ไม่แน่ใจ
() บุคลากรทราบถึงความสำคัญของการได้รับการติดตามภาวะสุขภาพ : () ทราบ () ไม่ทราบ	

ผลการตรวจเลือดหลังเกิดอุบัติเหตุทันที (Day 0)

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

การนัดตรวจเพื่อติดตามภาวะสุขภาพ

- () นัดครั้งที่ 1 (F/U 1 เดือน) Anti-HIV () บวก () ลบ
 () นัดครั้งที่ 2 (F/U 3 เดือน) Anti-HIV () บวก () ลบ
 () นัดครั้งที่ 3 (F/U 6 เดือน) Anti-HIV () บวก () ลบ

ผลการรับประทานยา

- () ไม่ครบ รับประทานยาได้วันสัปดาห์
 เหตุผลที่รับประทานยาไม่ครบ () ทน S/E ไม่ได้ () อื่น ๆ
 () รับประทานยาครบ 28 วัน () ไม่มี S/E
 () มี S/E ได้แก่ () คลื่นไส้ อาเจียน () ผื่น () ปวดศีรษะ () ผื่น
 () น้ำหนักลด () ตัวเหลือง () มีไข้/เวียนศีรษะ () อื่น ๆ

ICN /พยาบาลผู้ให้การปรึกษา

การปฐมพยาบาลเบื้องต้น



ถูกเข็มหรือของมีคม
เปื้อนเลือด



เลือดหรือสารคัดหลั่ง
กระเด็นเข้าตา



เลือดหรือสารคัดหลั่ง
กระเด็นเข้าปาก



เลือดหรือสารคัดหลั่ง
กระเด็นถูกผิวหนัง

• ไม่ต้องบีบเค้นบาดแผล
ล้างด้วย
4% chlorhexidine และ
เช็ดตามด้วย 70% alcohol
หรือ
Providone iodine solution 10%

ล้างด้วย
4% chlorhexidine และ
เช็ดตามด้วย 70% alcohol
หรือ
Providone iodine solution 10%

• ห้ามใช้สบู่ล้างตา
ล้างด้วย NSS for irrigation
หรือน้ำสะอาด
โดยให้น้ำไหลผ่านตลอด
หากสวมคอนแทคเลนส์
ให้ล้างตาก่อนแล้วค่อยถอด
คอนแทคเลนส์ขณะล้างตา

• ห้ามใช้สบู่หรือสารทำ
ความสะอาดอื่นล้างปาก
ให้บ้วนน้ำลายออก
โดยเร็วที่สุด แล้วบ้วนปาก
ด้วยน้ำสะอาดหรือน้ำ NSS
หลายๆ ครั้ง

แจ้งหัวหน้าตึก / หัวหน้าเวร / หัวหน้าหน่วยงาน

กรอก ① แบบบันทึก 7500 และ ② แบบบันทึกรายงานกรณีอุบัติเหตุถูกเข็ม
ของมีคมทิ่มตำ/บาด หรือสัมผัสเลือด/ของเหลวจากผู้ป่วยขณะปฏิบัติหน้าที่

Visit ที่ห้องบัตร

นำแบบบันทึก ② พบพยาบาลให้คำปรึกษา ที่ คลินิกให้คำปรึกษา ชั้น 2 อาคารผู้ป่วยนอก ห้องเบอร์ 3
นอกเวลาราชการ ➡ ให้พบแพทย์ ที่ ER เพื่อซักประวัติและประเมินความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ HIV

เจาะเลือดผู้สัมผัส

เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานก่อนรับประทานยา
และเปรียบเทียบในการตรวจครั้งต่อไป

เพื่อพิจารณาให้ยาต้านไวรัส

พบแพทย์

Follow up 1, 3, 6 เดือน
หากไม่ได้รับยา F/U 3 เดือน

เพื่อติดตามภาวะสุขภาพ