

# 血液和體液暴觸事件報告單

中文版  
EPINet

EXPOSURE PREVENTION  
INFORMATION NETWORK

姓名：\_\_\_\_\_ 病歷號：\_\_\_\_\_ 到職日：\_\_\_\_\_

事件編號：B\_\_\_\_\_ 醫療院所編號：\_\_\_\_\_

(1) 暴觸日期： 年 月 日 (2) 暴觸時間： 時 分

(3) 事故發生單位：\_\_\_\_\_ (4) 本人隸屬單位：\_\_\_\_\_

(5) 工作職稱：(僅請勾選一項)

- |   |                                     |   |
|---|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 1 主治醫師<br>專科醫師科別_____    | <input type="checkbox"/> 6 呼吸治療師    | <input type="checkbox"/> 13 牙科助理人員      |
| <input type="checkbox"/> 2 住院/實習醫師<br>專科醫師科別_____ | <input type="checkbox"/> 7 外科助理人員   | <input type="checkbox"/> 14 清潔人員        |
| <input type="checkbox"/> 3 醫學生                    | <input type="checkbox"/> 8 其他醫療從業人員 | <input type="checkbox"/> 19 洗衣房工作人員     |
| <input type="checkbox"/> 4 護理人員                   | <input type="checkbox"/> 9 靜脈小組人員   | <input type="checkbox"/> 20 警衛          |
| <input type="checkbox"/> 5 實習護士                   | <input type="checkbox"/> 10 檢驗人員    | <input type="checkbox"/> 16 緊急救護人員      |
|   | <input type="checkbox"/> 11 技術人員    | <input type="checkbox"/> 17 其他學生        |
|   | <input type="checkbox"/> 12 牙醫師     | <input type="checkbox"/> 15 其他，請描述_____ |

(6) 暴觸發生地點？(僅請勾選一項)

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1 病房          | <input type="checkbox"/> 7 血庫            | <input type="checkbox"/> 13 物流單位(洗衣房、供應中心、污物間等) |
| <input type="checkbox"/> 2 病房外(走廊/護理站) | <input type="checkbox"/> 8 抽血中心          | <input type="checkbox"/> 16 產房                  |
| <input type="checkbox"/> 3 急診室         | <input type="checkbox"/> 9 血液透析室         | <input type="checkbox"/> 17 居家護理                |
| <input type="checkbox"/> 4 加護病房科別_____ | <input type="checkbox"/> 10 檢查室(X光室/腦波室) | <input type="checkbox"/> 14 其他，請描述_____         |
| <input type="checkbox"/> 5 開刀房/恢復室     | <input type="checkbox"/> 11 檢驗室          |   |
| <input type="checkbox"/> 6 門診          | <input type="checkbox"/> 12 解剖/病理室       |   |

(7) 是否能辨識病人身份？(僅請勾選一項)

- |                              |                              |                                |                                |
|------------------------------|------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 是 | <input type="checkbox"/> 2 否 | <input type="checkbox"/> 3 不知道 | <input type="checkbox"/> 4 不適用 |
|------------------------------|------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|

(8) 暴觸於那種體液？(可複選)

- |                                   |                             |                               |                               |                                  |
|-----------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|-------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 血液或其相關製品 | <input type="checkbox"/> 痰液 | <input type="checkbox"/> 腦脊髓液 | <input type="checkbox"/> 肋膜腔液 | <input type="checkbox"/> 尿液      |
| <input type="checkbox"/> 嘔吐物      | <input type="checkbox"/> 唾液 | <input type="checkbox"/> 腹腔液  | <input type="checkbox"/> 羊水   | <input type="checkbox"/> 其他_____ |

該體液是否受到血液的污染？

- |                              |                              |                                |
|------------------------------|------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 是 | <input type="checkbox"/> 2 否 | <input type="checkbox"/> 3 不知道 |
|------------------------------|------------------------------|--------------------------------|

(9) 暴觸部位為：(可複選)

- |                                |                                |                                      |
|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 完整的皮膚 | <input type="checkbox"/> 眼(結膜) | <input type="checkbox"/> 口腔(黏膜)      |
| <input type="checkbox"/> 受損的皮膚 | <input type="checkbox"/> 鼻(黏膜) | <input type="checkbox"/> 其他，請描述_____ |

(10) 血液/體液是否：(可複選)

- |                                      |                                   |
|--------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 接觸未保護的皮膚    | <input type="checkbox"/> 滲透隔離或防護衣 |
| <input type="checkbox"/> 接觸防護衣空隙間的皮膚 | <input type="checkbox"/> 滲透衣物     |

(11) 事故發生時是否穿戴保護用具：(可複選)

- |                                    |                                    |                                       |
|------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 單副手套      | <input type="checkbox"/> 有側面防護罩的眼鏡 | <input type="checkbox"/> 塑膠圍裙         |
| <input type="checkbox"/> 雙副手套      | <input type="checkbox"/> 護面罩       | <input type="checkbox"/> 實驗室工作服(非防護衣) |
| <input type="checkbox"/> 護目鏡       | <input type="checkbox"/> 外科手術用口罩   | <input type="checkbox"/> 其他工作服        |
| <input type="checkbox"/> 眼鏡(無保護功能) | <input type="checkbox"/> 外科手術服     | <input type="checkbox"/> 其他，請描述_____  |

(12) 暴觸的原因是：(僅請勾選一項)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1 直接接觸病人                                     | <input type="checkbox"/> 5 其他體液容器噴濺/滲漏   |
| <input type="checkbox"/> 2 樣本容器滲漏/外溢                                  | <input type="checkbox"/> 6 接觸污染設備/表面     |
| <input type="checkbox"/> 3 樣本容器破損                                     | <input type="checkbox"/> 7 接觸污染布簾/床單/手術衣 |
| <input type="checkbox"/> 4 靜脈輸液管/袋/唧筒 滲漏/破損                           | <input type="checkbox"/> 8 不知道           |
| <input type="checkbox"/> 10 鼻胃管/蛇型管/其他 導管滑脫/滲漏<br>/外濺 請具體說明為何種管類_____ | <input type="checkbox"/> 9 其他，請描述_____   |

如為設備故障，請描述：設備型號：\_\_\_\_\_

廠商：\_\_\_\_\_

(13) 血液／體液與皮膚或黏膜接觸的時間？（僅請勾選一項）

- 少於 5 分鐘       5 至 14 分鐘       15 分鐘至 1 個小時       超過 1 個小時

(14) 血液／體液與皮膚或黏膜接觸的數量？（僅請勾選一項）

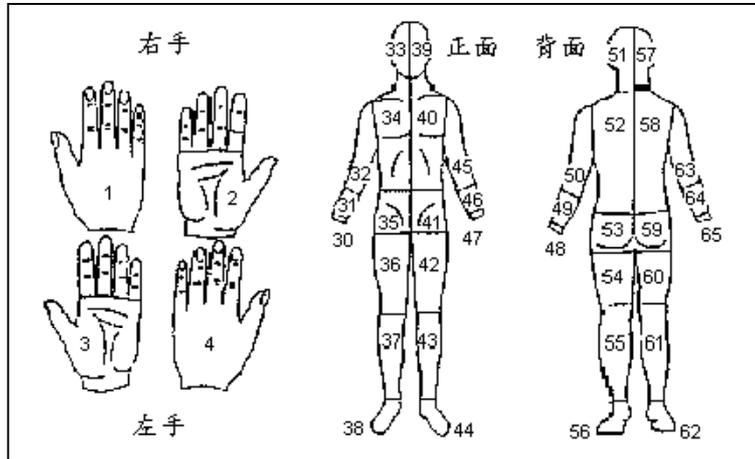
- 少量（不超過 5cc 或一茶匙）       中量（不超過 50cc 或四分之一杯）       大量（超過 50cc）

(15) 暴觸位置：請在下方空格處，填寫暴觸區域之編號

暴觸量最大的區域：\_\_\_\_\_

暴觸量中度的區域：\_\_\_\_\_

暴觸量最少的區域：\_\_\_\_\_



(16) 請描述引起暴觸的情況（若是與設備發生故障相關請註明）：

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(17) 請問受暴觸的醫療人員，您是否有其他任何的選擇來預防此事件的發生（例如透過管理、器材設計或工作步驟等）？

- 1 是       2 否       3 不知道

請描述：\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**費用**

實驗室檢查費（Hb.HCV.HIV.其他檢查）

醫療人員：\_\_\_\_\_

病人：\_\_\_\_\_

預防性治療費（HBIG.Hb Vaccine.tetanus.其他治療）

醫療人員：\_\_\_\_\_

病人：\_\_\_\_\_

服務費（急診、安全衛生室、其他）：\_\_\_\_\_

其他費用（員工工作補償、手術、其他）：\_\_\_\_\_

總費用：\_\_\_\_\_

是否已向勞安室、感控室報告？

- 1 是       2 否       3 不知道

# 針扎和血液暴觸後追蹤報告單

中文版

EPINet

EXPOSURE PREVENTION  
INFORMATION NETWORK

事件編號：\_\_\_\_\_ 醫療院所編號：\_\_\_\_\_

扎傷／暴觸日期：\_\_\_\_\_ 病歷號：\_\_\_\_\_ 到職日：\_\_\_\_\_

## 病人情況：

### (1) 是否能辨識病人身份？

是，並已檢驗  是，但未接受檢驗 因為\_\_\_\_\_  否

### (2) 病人的血液檢驗結果？（暴觸事件前的檢驗結果也適用）

病原	檢驗項目（請圈選）	結果（請圈選）			抽血日期（年、月、日）
<b>B 型肝炎</b>	HbsAg	陽性	陰性	未檢驗	_____
	HbeAg	陽性	陰性	未檢驗	_____
	Anti HBs	陽性	陰性	未檢驗	_____
	Anti HBc	陽性	陰性	未檢驗	_____
<b>C 型肝炎</b>	Anti-HCV EIA	陽性	陰性	未檢驗	_____
	PCR-HCV	陽性	陰性	未檢驗	_____
	RNA	陽性	陰性	未檢驗	_____
<b>HIV</b>	Anti-HIV	陽性	陰性	未檢驗	_____
	#CD4 cells	count_____		未檢驗	_____
	Antigen Load	RNA copies/ml_____		未檢驗	_____
	其他_____				_____
<b>梅毒</b>	VDRL	陽性	陰性	未檢驗	_____
	TPHA	titer_____		未檢驗	_____
<b>其他</b>	_____				_____

### (3) 如果病人的血液具有高感染的病原，請勾選適當者（可複選）：

血液製品接受者  肝轉胺酶升高(Enzymes)  性病  血液透析  
 注射毒品者  血友病  其他，請描述\_\_\_\_\_

### (4) 如果病人 HIV 檢查呈陽性，在暴觸事件發生之前是否接受過以下任何治療？

不知道  3TC  IDV  
 AZT  ddC  其他，請描述\_\_\_\_\_

(5) 對病人的其他說明：\_\_\_\_\_

## 醫療人員情況：

### (1) 該事件是經由那個單位處理

安全衛生室  急診  其他，請描述\_\_\_\_\_

### (2) 醫療人員在暴觸發生前是否有接種過 B 型肝炎疫苗？

否  接種過一劑  
 接種過二劑  接種過三劑

如有，接種完成後抗體檢驗呈\_\_\_\_\_ 抽血日期：\_\_\_\_\_

### (2a) 醫療人員是否為孕婦？

是  否  不適用  
如是，為妊娠第幾孕期： 第一孕期  第二孕期  第三孕期

### (3) 醫療人員在此事件發生前（或當日）的病原測驗結果：

病原	檢驗項目（請圈選）	結果（請圈選）			抽血日期（年、月、日）
<b>B 型肝炎</b>	HbsAg	陽性	陰性	未檢驗	_____
	HbeAg	陽性	陰性	未檢驗	_____
	Anti HBs	陽性	陰性	未檢驗	_____
	Anti HBc	陽性	陰性	未檢驗	_____
<b>C 型肝炎</b>	Anti-HCV EIA	陽性	陰性	未檢驗	_____
	Anti-HCV supp	陽性	陰性	未檢驗	_____
	-----	陽性	陰性	未檢驗	_____

<b>HIV</b>	Anti-HIV	陽性	陰性	未檢驗	_____
<b>梅毒</b>	VDRL	陽性	陰性	未檢驗	_____
	TPHA	titer _____		未檢驗	_____
<b>其他</b>	_____	_____			_____
<b>其他</b>	_____	_____			_____

**(4) 暴觸後治療和預防處置劑量**

治療	劑量	給予日期 (年、月、日)	持續時間/備註
B 型肝炎免疫球蛋白	1. _____	_____	_____
	2. _____	_____	_____
B 型肝炎疫苗接種	1. _____	_____	_____
	2. _____	_____	_____
	3. _____	_____	_____
	追加劑 _____	_____	_____
HIV 反逆轉錄病毒藥物	_____	_____	_____
HIV 反逆轉錄病毒藥物	_____	_____	_____
HIV 反逆轉錄病毒藥物	_____	_____	_____
其他，請描述	_____	_____	_____
其他，請描述	_____	_____	_____

**(5) 追蹤檢驗結果：(請依照先後檢驗結果填寫)**

病原	檢驗項目 (請圈選)	結果 (請圈選)	抽血日期 (年、月、日)
<b>B 型肝炎</b>	第一次		
	HbsAg	陽性 陰性 未檢驗	_____
	Anti HBs	陽性 陰性 未檢驗	_____
	Anti HBc	陽性 陰性 未檢驗	_____
	第二次		
	HbsAg	陽性 陰性 未檢驗	_____
	Anti HBs	陽性 陰性 未檢驗	_____
	Anti HBc	陽性 陰性 未檢驗	_____
	第三次		
	HbsAg	陽性 陰性 未檢驗	_____
	Anti HBs	陽性 陰性 未檢驗	_____
	Anti HBc	陽性 陰性 未檢驗	_____
<b>C 型肝炎</b>	Anti-HCV 檢驗 1	陽性 陰性 未檢驗	_____
	Anti-HCV 檢驗 2	陽性 陰性 未檢驗	_____
	Anti-HCV 檢驗 3	陽性 陰性 未檢驗	_____
	Anti-HCV 檢驗 4	陽性 陰性 未檢驗	_____
<b>HIV</b>	Anti-HIV 檢驗 1	陽性 陰性 未檢驗	_____
	Anti-HIV 檢驗 2	陽性 陰性 未檢驗	_____
	Anti-HIV 檢驗 3	陽性 陰性 未檢驗	_____
	Anti-HIV 檢驗 4	陽性 陰性 未檢驗	_____
<b>梅毒</b>	VDRL 檢驗 1	陽性 陰性 未檢驗	_____
	VDRL 檢驗 2	陽性 陰性 未檢驗	_____
<b>其他</b>	_____	_____	_____
<b>其他</b>	_____	_____	_____

**(6) 其他說明：** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_