

Blood and Body Fluid Exposure Report

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： (2) 暴觸時間：

(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 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 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)

- 1 是 2 否 3 不知道 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 | 其他 _____ |

該體液是否受到血液的污染？

- 是 否 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) | 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 | 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 /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)

- 1 少量 (不超過5cc或一茶匙) 2 中量 (不超過50cc或四分之一杯) 3 大量 (超過50cc)

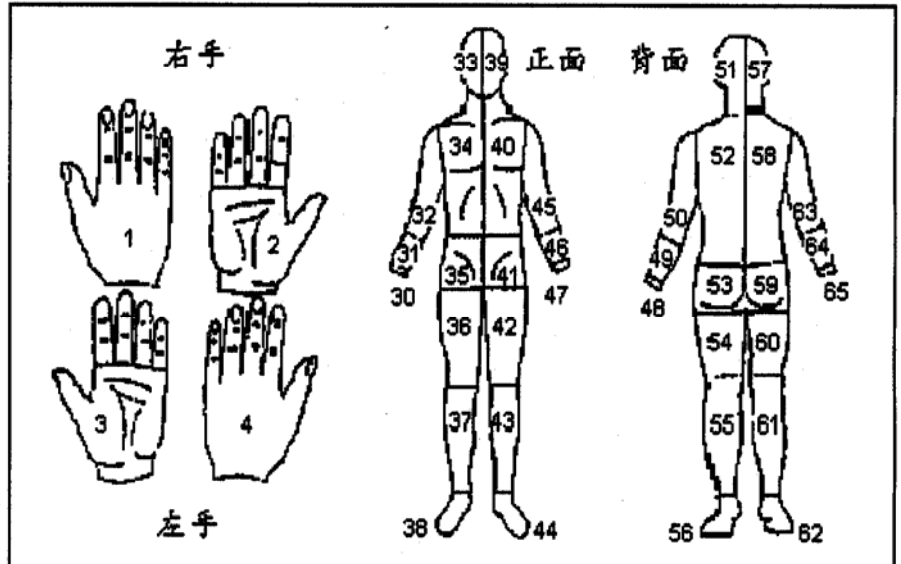
(15) 暴露位置：

請在下方空格處，填寫暴露區域之編號

暴露量最大的區域：_____

暴露量中度的區域：_____

暴露量最少的區域：_____



(16) 請描述引起暴露的情況 (若是與設備發生故障相關請註明)：

(17) 請問受暴露的醫療人員，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