

# 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）

病人姓名： \_\_\_\_\_ 病歷號： \_\_\_\_\_

病原	檢驗項目 (請圈選)	結果 (請圈選)			抽血日期
B型肝炎	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	
C型肝炎	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	
HIV	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 _____	_____ 未檢驗			
梅毒	VDRL	陽性	陰性	未檢驗	_____ / /
	TPHA	titer _____	未檢驗		
其他 _____	_____ 未檢驗			_____ / /	

(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
B型肝炎	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	
C型肝炎	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	

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

**(4) 暴觸後治療和預防處置劑量**

治療	劑量	給予日期	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
B型肝炎	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	_____ / _____ / _____
C型肝炎	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	_____ / _____ / _____
HIV	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	_____ / _____ / _____
梅毒	VDRL 檢驗1	陽性 陰性 未檢驗	_____ / _____ / _____
	VDRL 檢驗2	陽性 陰性 未檢驗	_____ / _____ / _____
其他	_____	_____	_____ / _____ / _____
其他	_____	_____	_____ / _____ / _____

**(6) 其他說明：**

\_\_\_\_\_



