

針頭和銳物扎傷事件報告單

中文版
EPINet

EXPOSURE PREVENTION
INFORMATION NETWORK

姓名：_____ 病歷號：_____ 到職日：_____

事件編號：S_____ 醫療院所編號：_____ 填表人：_____

(1) 扎傷日期：_____年_____月_____日 (2) 扎傷時間：_____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
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) 扎傷發生地點？(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) 是否為針頭或銳物的原始使用者？(僅請勾選一項)

- 1 是 2 否 3 不知道 4 不適用

(9) 針頭或銳物是否？(僅請勾選一項)

- 1 受污染(器械已被病人暴露或污染) 是否可見見血液？ 1 是
- 2 無污染(器械沒有病人暴露或污染) 2 否
- 3 不知道

(10) 針頭或銳物的原始用途？(僅請勾選一項)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1 不知道/不適用 | <input type="checkbox"/> 16 放置動脈/中心靜脈導管 |
| <input type="checkbox"/> 2 肌肉/皮下注射或其他侵入性之注射 | <input type="checkbox"/> 9 採取體液或組織樣本(尿液/腦脊髓液/羊水/其他體液、組織) |
| <input type="checkbox"/> 3 抗凝血劑或生理食鹽水沖洗 | <input type="checkbox"/> 10 指尖/腳跟採血 |
| <input type="checkbox"/> 4 由靜脈留置針/prot 處注射或抽取 | <input type="checkbox"/> 11 縫合 |
| <input type="checkbox"/> 5 連接靜脈輸液管(短暫型/留置針/其他靜脈輸液連接管) | <input type="checkbox"/> 12 手術過程中之切割 |
| <input type="checkbox"/> 6 開始接上 IV 或抗凝血劑 lock (靜脈留置針) | <input type="checkbox"/> 17 鑽孔 |
| <input type="checkbox"/> 7 抽取靜脈血樣本 | <input type="checkbox"/> 13 電燒 |
| <input type="checkbox"/> 8 抽取動脈血樣本 | <input type="checkbox"/> 14 注入樣本或藥物至玻璃容器內 |
| | <input type="checkbox"/> 15 其他，請描述_____ |

如果是因抽取血液樣本而扎傷，請問是採用那一種抽取方式？

- 直接穿刺 經由管路

(11) 扎傷發生於？(僅請勾選一項)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1 使用針頭或銳物之前(設備破損、滑脫、組裝等) | <input type="checkbox"/> 7 從橡皮或其他阻體中拔出針頭(橡皮塞、IV port 等) |
| <input type="checkbox"/> 2 使用針頭或銳物之間(設備滑脫、病人晃動掙扎等) | <input type="checkbox"/> 16 被遺留在地板、桌子、病床或其他不適當放置處的針頭或銳物扎傷 |
| <input type="checkbox"/> 15 約束病人 | <input type="checkbox"/> 8 使用後,處理前(運送廢棄物、清洗或垃圾分類等) |
| <input type="checkbox"/> 3 治療過程中某項步驟(注射過程之間,遞送器械等) | <input type="checkbox"/> 9 被隨意遺棄或廢棄盒旁的銳物扎傷 |
| <input type="checkbox"/> 4 拆卸設備或器械時 | <input type="checkbox"/> 13 被已丟棄於垃圾袋/分類錯誤的垃圾桶所突出的銳物扎傷 |
| <input type="checkbox"/> 5 準備再次使用重覆式之器具(可消毒、滅菌類的等) | <input type="checkbox"/> 14 其他，請描述_____ |
| <input type="checkbox"/> 6 將已使用過的針頭重新套上針帽 | |
| <input type="checkbox"/> 10 將針頭或銳物放入銳物收集盒時 | |
| <input type="checkbox"/> 11 被已丟棄於銳物收集盒之突出的針頭或銳物扎傷 | |
| <input type="checkbox"/> 12 被刺穿銳物收集盒的銳物扎傷 | |

(12) 引起扎傷的針頭或銳物種類？(僅請勾選一項)

- 空心針頭 外科器械 玻璃製品

由那一種針頭或銳物所扎傷？(請在 1-79 項中勾選一項)

針頭：(縫合針請見外科器械)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1 拋棄式注射器 | <input type="checkbox"/> 8 真空採血管/針 |
| <input type="checkbox"/> a 胰島素針頭 | <input type="checkbox"/> 9 硬膜外或脊髓麻醉針 |
| <input type="checkbox"/> b 結核菌素針頭 | <input type="checkbox"/> 10 皮下注射針頭 |
| <input type="checkbox"/> c 24/25G 針頭 | <input type="checkbox"/> 11 動脈導管導引針 |
| <input type="checkbox"/> d 23G 針頭 | <input type="checkbox"/> 12 中心靜脈導管導引針(心導管等) |
| <input type="checkbox"/> e 22G 針頭 | <input type="checkbox"/> 14 其他血管導引針(心導管等) |
| <input type="checkbox"/> f 21G 針頭 | <input type="checkbox"/> 15 其他非血管導引針(眼科等) |
| <input type="checkbox"/> g 20G 針頭 | <input type="checkbox"/> 28 不確定類型的針頭 |
| <input type="checkbox"/> h 其他 | <input type="checkbox"/> 29 其他針型，請描述_____ |
| <input type="checkbox"/> 2 原裝注射藥劑 | |
| <input type="checkbox"/> 3 動脈血氣採血針 | |
| <input type="checkbox"/> 4 其他類型注射器 | |
| <input type="checkbox"/> 5 靜脈輸液配管針(包含輸液及連接管) | |
| <input type="checkbox"/> 6 頭皮針 | |
| <input type="checkbox"/> 7 靜脈留置針 | |

外科器械或其他銳器物：(玻璃請見玻璃製品)

- 30 採血針 (指尖/腳跟採血)
- 31 縫合針
- 32 重覆式手術刀
- 33 剃刀
- 34 塑膠滴管
- 35 剪刀
- 36 電燒刀
- 37 切骨器
- 38 骨頭碎片
- 39 布鉗
- 40 切片刀
- 41 Trocar

- 42 塑膠真空管
- 43 檢驗試管(塑膠管)
- 44 指甲/牙齒
- 45 拋棄式手術刀
- 46 皮膚/骨頭牽引器
- 47 縫合釘
- 48 金屬線(縫合/固定/導引)
- 49 固定/導引針
- 50 鑽頭(鑽孔/切割)
- 51 縫合器/鑷子/止血鉗/手術鉗
- 58 不確定類型的尖銳物
- 59 其他尖銳物，請描述_____

玻璃製品：

- 60 安瓶
- 61 小藥瓶(體積小且有橡皮塞)
- 62 生理食鹽水瓶/輸液瓶/(體積大的)
- 63 玻璃滴管
- 64 玻璃真空管

- 65 檢體試管(玻璃類)
- 66 毛細管
- 67 玻璃戴玻片
- 78 不確定類型的玻璃器物
- 79 其他玻璃器物，請描述_____

(12a) 器械廠商：_____

(12b) 器械型號：_____

98 請描述_____

99 不知道

(13) 引起扎傷的針頭或銳物，是否為設有保護裝置的「安全設計」？(例如可回縮針頭、鈍頭設計等)

- 1 是
- 2 否(第 13a、13b、19 題請不用寫)
- 3 不知道(第 13a、13b、19 題請不用寫)

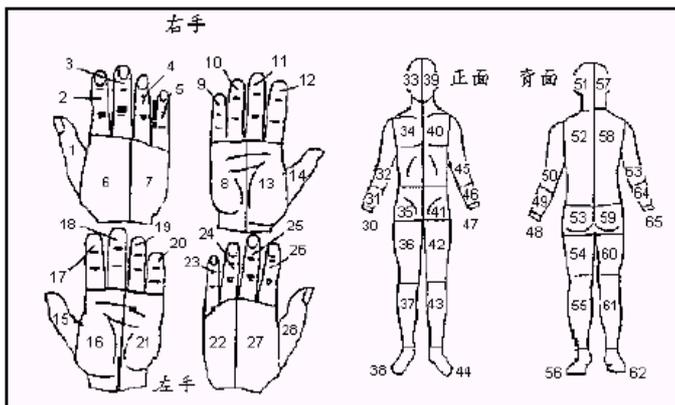
(13a) 扎傷時保護裝置是否有啟動？

- 1 是，完全
- 2 是，部分
- 3 否
- 4 不知道

(13b) 扎傷事故發生於：

- 1 啟動前
- 2 啟動期間
- 3 啟動後
- 4 不知道

(14) 請圈選出扎傷部位：



(15) 扎傷程度？

- 1 表面 (少量出血或無出血)
- 2 中度 (皮膚穿刺，有出血)
- 3 嚴重 (深度刺入、割傷，或多量出血)

(16) 若扎傷於手，則此針頭或銳物穿透：

- 1 單副手套
- 2 雙副手套
- 3 無手套

(17) 受扎傷的醫療人員之慣用手：

- 1 右手
- 2 左手 (左撇子)

(18) 請描述引發此意外事件當時的情境 (若是與設備發生故障相關請註明)：

(19) 請問受扎傷的醫療人員：如果此針頭或銳物具有保護裝置，在該事件發生當時，您是否
否有選擇此功能來預防事件的發生？ 1 是 2 否 3 不知道

請描述：_____

(20) 請問受扎傷的醫療人員：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 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_____				_____
梅毒	VDRL	陽性	陰性	未檢驗	_____
	TPHA	titer_____		未檢驗	_____
其他	_____			_____	

(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 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 (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 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： _____
