



# Blood and Body Fluid Exposure Report

(ការប៉ះពាល់ពីវត្ថុដែលមិនមុតស្រួច Non-Sharps Exposures)

នាមត្រកូល Last name \_\_\_\_\_  
នាមខ្លួន First name \_\_\_\_\_  
អ៊ីមែល Email address \_\_\_\_\_  
លេខទូរសព្ទ Telephone: \_\_\_\_\_  
លេខកូដករណី (សម្រាប់បុគ្គលិកប្រមូលទិន្នន័យតែប៉ុណ្ណោះ) Injury ID (for office use only) \_\_\_\_\_  
លេខសម្គាល់មូលដ្ឋានសុខាភិបាល (សម្រាប់បុគ្គលិកប្រមូលទិន្នន័យតែប៉ុណ្ណោះ) Facility ID (for office use only) \_\_\_\_\_  
បំពេញដោយ Completed by \_\_\_\_\_

- 1. កាលបរិច្ឆេទនៃការមុត Date of Injury \_\_\_\_\_
- 2. ម៉ោងនៃការមុត Time of Injury \_\_\_\_\_
- 3. ប្រភេទមូលដ្ឋានសុខាភិបាល Healthcare Facilities \_\_\_\_\_

**វដ្ត Public healthcare facilities**

- 1. មន្ទីរពេទ្យជាតិ National Hospital
- 2. មន្ទីរពេទ្យបង្អែក Referral Hospital ==>  CPA1  CPA2  CPA3
- 3. មណ្ឌលសុខភាព Health Center
- 4. ប៉ុស្តិ៍សុខភាព Health Post

**ឯកជន Private health facilities**

- 1. មន្ទីរពេទ្យឯកជន Hospital
- 2. មន្ទីរពហុព្យាបាល Polyclinic
- 3. មន្ទីរសម្រាកព្យាបាល Clinic
- 4. មន្ទីរសម្ពាទ និងមាតស្រី Maternity Clinic
- 5. មន្ទីរសម្រាកព្យាបាលជំងឺមាត់ធ្មេញ Dental Clinic
- 6. មន្ទីរសម្រាកព្យាបាលជំងឺភ្នែក Eye Clinic
- 7. មន្ទីរពិសោធន៍វេជ្ជសាស្ត្រ Medical Laboratory
- 8. មជ្ឈមណ្ឌលកែសម្ផស្ស Esthetic Center
- 9. មន្ទីរសម្រាកព្យាបាលកុមារ Pediatric Clinic
- 10. មន្ទីរសម្រាកព្យាបាលត្រចៀក ច្រមុះ បំពងក ENT Clinic
- 11. មន្ទីរសម្រាកព្យាបាលជំងឺសើស្បែក Dermatology Clinic
- 12. មន្ទីរសម្រាកព្យាបាលផ្លូវចិត្ត Mental Health Clinic
- 13. បន្ទប់ពិគ្រោះស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ Pregnancy care room
- 14. បន្ទប់ថែទាំជំងឺ Nursing care room
- 15. បន្ទប់ពិគ្រោះព្យាបាលជំងឺ Clinical Cabinet
- 16. បន្ទប់ពិគ្រោះព្យាបាលជំងឺមាត់ធ្មេញ Dental-Oral Cabinet
- 17. បន្ទប់ពិគ្រោះព្យាបាលជំងឺភ្នែក Ophthalmic Cabinet
- 18. បន្ទប់ពិគ្រោះព្យាបាលត្រចៀក ច្រមុះ បំពងក ENT Cabinet
- 19. បន្ទប់ពិគ្រោះព្យាបាលជំងឺសើស្បែក Dermatology Cabinet
- 20. បន្ទប់ពិគ្រោះព្យាបាលជំងឺផ្លូវចិត្ត Mental Health Cabinet
- 21. បន្ទប់ពិសោធន៍វេជ្ជសាស្ត្រ Medical Lab, room

3a. ផ្នែកដែលមានករណីមុតកើតឡើង (បំពេញក៏បាន/មិនបំពេញក៏បាន) Unit where injury occurred (optional) \_\_\_\_\_

4. តើបុគ្គលិកដែលប៉ះពាល់ស្ថិតក្នុងប្រភេទវិជ្ជាជីវៈមួយណា? (ជ្រើសតែមួយប្រអប់ប៉ុណ្ណោះ)

- វេជ្ជបណ្ឌិតឯកទេស (Attending/បុគ្គលិក) \_\_\_\_\_ 1
- បញ្ជាក់ឯកទេស \_\_\_\_\_
- វេជ្ជបណ្ឌិត/គ្រូពេទ្យ \_\_\_\_\_ 2
- និស្សិតផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ \_\_\_\_\_ 3

4. What is the job category of the exposed worker? (check one box only)

- 1 Specialist Doctor (attending/staff); specify specialty\_\_\_\_\_
- 2 Doctor/ Physician's assistant
- 3 Medical student

- |   |   |  |    |   |   |   |
|---|---|--|----|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1 បរិញ្ញាបត្រ បញ្ជាក់        | ← | គិលានុបដ្ឋាយិកា                        | 4  | <input type="checkbox"/> 4 Nurse                          | ⇒ | <input type="checkbox"/> 1 BSN                          |
| <input type="checkbox"/> 2 បរិញ្ញាបត្ររង              |   |  |    |   |   | <input type="checkbox"/> 2 ADN                          |
| <input type="checkbox"/> 3 បឋម                        |   |  |    |   |   | <input type="checkbox"/> 3 Primary Nurse                |
| <input type="checkbox"/> 4 គិលានុបដ្ឋាករឯកទេស បញ្ជាក់ |   |  |    |   |   | <input type="checkbox"/> 4 Certified Nurse Practitioner |
|   |   | និស្សិតគិលានុបដ្ឋាករ                   | 5  | <input type="checkbox"/> 5 Nursing student                |   |   |
| <input type="checkbox"/> 1 បរិញ្ញាបត្រ បញ្ជាក់        | ← | ឆ្លប                                   | 21 | <input type="checkbox"/> 21 Midwife                       | ⇒ | <input type="checkbox"/> 1 BSM                          |
| <input type="checkbox"/> 2 បរិញ្ញាបត្ររង              |   |  |    |   |   | <input type="checkbox"/> 2 ADM                          |
| <input type="checkbox"/> 3 បឋម                        |   |  |    |   |   | <input type="checkbox"/> 3 Primary Midwife              |
|   |   | និស្សិតឆ្លប                            | 22 | <input type="checkbox"/> 22 Midwifery student             |   |   |
|   |   | បុគ្គលិកផ្នែកវះកាត់                    | 7  | <input type="checkbox"/> 7 Surgery tech/attendant         |   |   |
|   |   | បុគ្គលិកផ្នែកមន្ទីរពិសោធន៍វេជ្ជសាស្ត្រ | 10 | <input type="checkbox"/> 10 Clinical laboratory worker    |   |   |
|   |   | ទន្តពេទ្យ                              | 12 | <input type="checkbox"/> 12 Dentist                       |   |   |
|   |   | ទន្តគិលានុបដ្ឋាករ                      | 13 | <input type="checkbox"/> 13 Dental hygienist              |   |   |
|   |   | បុគ្គលិកផ្នែកសម្អាត                    | 14 | <input type="checkbox"/> 14 EVS/Housekeeper               |   |   |
|   |   | បុគ្គលិកផ្នែកបោកគក់                    | 19 | <input type="checkbox"/> 19 Laundry worker                |   |   |
|   |   | សន្តិសុខ                               | 20 | <input type="checkbox"/> 20 Security                      |   |   |
|   |   | បុគ្គលិកផ្នែកសង្គ្រោះបន្ទាន់           | 16 | <input type="checkbox"/> 16 EMT/Paramedic/First Responder |   |   |
|   |   | និស្សិតផ្សេងទៀត                        | 17 | <input type="checkbox"/> 17 Other students                |   |   |
|   |   | ផ្សេងទៀត បរិយាយ៖ _____                 | 15 | <input type="checkbox"/> 15 Other, describe: _____        |   |   |

**5. តើការប៉ះពាល់កើតឡើងនៅទីណា?** (ជ្រើសតែមួយប្រអប់ប៉ុណ្ណោះ)

**5. Where did the exposure occur?**(check one box only)

- |   |    |   |
|---|----|---|
| បន្ទប់អ្នកជំងឺ  | 1  | <input type="checkbox"/> 1 Patient room   |
| ខាងក្រៅបន្ទប់អ្នកជំងឺ (ផ្លូវដើរ បន្ទប់គិលានុបដ្ឋាករ ល។) | 2  | <input type="checkbox"/> 2 Outside patient room (hallway, nurses station, etc.)                       |
| ផ្នែកសង្គ្រោះបន្ទាន់                                    | 3  | <input type="checkbox"/> 3 Emergency department   |
| ផ្នែកថែទាំជំងឺធ្ងន់(ICU): បញ្ជាក់ប្រភេទ៖ _____          | 4  | <input type="checkbox"/> 4 Intensive/Critical care unit: specify type: _____                          |
| បន្ទប់វះកាត់/ក្រោយវះកាត់                                | 5  | <input type="checkbox"/> 5 Operating room/Recovery  |
| ផ្នែកពិគ្រោះជំងឺក្រៅ                                    | 6  | <input type="checkbox"/> 6 Outpatient clinic/Office   |
| ផ្នែកផ្តល់ឈាម   | 7  | <input type="checkbox"/> 7 Blood bank   |
| ផ្នែកលាងឈាម   | 9  | <input type="checkbox"/> 9 Dialysis facility (hemodialysis and peritoneal dialysis)                   |
| បន្ទប់អនុវត្តទម្រង់ការ (ការស្តី x-ray, EKG ល។)          | 10 | <input type="checkbox"/> 10 Procedure room (x-ray, EKG, etc)  |
| មន្ទីរពិសោធន៍វេជ្ជសាស្ត្រ                               | 11 | <input type="checkbox"/> 11 Clinical laboratories   |
| ផ្នែកកោសល្យវិច័យ  | 12 | <input type="checkbox"/> 12 Autopsy/Pathology   |
| ផ្នែកស្តុក និងគ្រប់គ្រងកាកសំណល់                         | 13 | <input type="checkbox"/> 13 Service/Utility (laundry, central supply, sterile processing, waste, etc) |
| បន្ទប់គ្រៀមសម្រាល និងសម្រាល                             | 16 | <input type="checkbox"/> 16 Labor and delivery room   |
| ការថែទាំតាមផ្ទះ   | 17 | <input type="checkbox"/> 17 Home-care   |
| ផ្សេងទៀត បរិយាយ៖ _____                                  | 14 | <input type="checkbox"/> 14 Other, describe: _____  |

**6. តើស្គាល់អត្តសញ្ញាណអ្នកជំងឺទេ?** (ជ្រើសតែមួយប្រអប់ប៉ុណ្ណោះ)

**6. Was the source patient identifiable?** (check one box only)

- |                |   |   |
|----------------|---|---|
| បាទ            | 1 | <input type="checkbox"/> 1 Yes            |
| មិនមាន         | 2 | <input type="checkbox"/> 2 No             |
| មិនដឹង         | 3 | <input type="checkbox"/> 3 Unknown        |
| មិនអាចកំណត់បាន | 4 | <input type="checkbox"/> 4 Not applicable |

**7. តើអ្នកប៉ះពាល់សារធាតុរាវប្រភេទណាស់អ្នកជំងឺ?** (ជ្រើសទាំងអស់ដែលត្រឹមត្រូវ?)

**7. Which of the patient's body fluids were involved in the exposure?** (check all that apply)

- |                 |                          |                         |
|-----------------|--------------------------|-------------------------|
| ឈាម ឬផលិតផលឈាម  | <input type="checkbox"/> | Blood or blood products |
| កំអួត           | <input type="checkbox"/> | Vomit                   |
| កំហាក           | <input type="checkbox"/> | Sputum                  |
| ទឹកមាត់         | <input type="checkbox"/> | Saliva                  |
| ទឹកខួរឆ្អឹងខ្នង | <input type="checkbox"/> | CSF                     |
| ទឹកស្រាមពោះ     | <input type="checkbox"/> | Peritoneal fluid        |

ទឹកស្រោមសួត   
 ទឹកភ្លោះ   
 ទឹកនោម   
 ផ្សេងទៀត បរិយាយ៖ \_\_\_\_\_

Pleural fluid   
 Amniotic fluid   
 Urine   
 Other, describe: \_\_\_\_\_

**7a. តើអ្នកមើលឃើញថាសាធាតុរាវនោះ មានលាយលាយ ឬទេ?**

មាន 1  
 មិនមាន 2  
 មិនដឹង 3

**7a. Was the body fluid visibly contaminated with blood?**

1 Yes  
 2 No  
 3 Unknown

**8. តើផ្នែកណាមួយនៃរាងកាយរបស់បុគ្គលិកដែលប្រលាក់?**

(ជ្រើសទាំងអស់ដែលត្រឹមត្រូវ?)

ស្បែកធម្មតាដែលមិនមានការដាច់រលាត់ មុត រហូស  
 ស្បែកដែលមានការដាច់រលាត់ មុត រហូស  
 ភ្នែក (ភ្នាស់ស្បែក ខាងក្នុងនៅជិតប្រស្រីភ្នែក  
 Conjunctiva)  
 ច្រមុះ (ភ្នាស់រំអិល)  
 មាត់ (ភ្នាស់រំអិល)

ផ្សេងទៀត បរិយាយ៖ \_\_\_\_\_

**8. Was the worker's exposed part?**

(check all that apply)

Intact skin  
 Non-intact skin  
 Eyes (*conjunctiva*)  
 Nose (*mucosa*)  
 Mouth (*mucosa*)  
 Other, describe: \_\_\_\_\_

**9. តើឈាម ឬសារធាតុរាវក្នុងរាងកាយបានប៉ះពាល់នៅ ត្រង់ណា? (ជ្រើសទាំងអស់ដែលត្រឹមត្រូវ?)**

ប៉ះស្បែកដែលមិនមានការការពារ  
 ប៉ះស្បែកនៅចន្លោះ សំលៀកបំពាក់ការពារ  
 សើមជ្រាបចូលសម្លៀកបំពាក់ការពារ  
 សើមជ្រាបចូលសម្លៀកបំពាក់/ឯកសណ្ឋាន

**9. Did the blood or body fluid?**

(check all that apply)

Touch unprotected skin  
 Touch skin between gap in protective garments  
 Soak through barrier garment or protective garment  
 Soak through clothing/uniform

**9a. តើការប៉ះពាល់បានតម្រូវឱ្យបុគ្គលិកដោះសំលៀក បំពាក់ចេញ និងផ្លាស់ប្តូរសំលៀកបំពាក់ ឬទេ?**

បាទ/ ចាស 1  
 ទេ 2

**9a. Did the exposure result in the need to remove a garment and obtain a replacement?**

1 Yes  
 2 No

**10. តើអ្នកបានស្លៀកសំលៀកបំពាក់ និង/ឬប្រើ ឧបករណ៍ការពារផ្ទាល់ខ្លួននៅពេលប៉ះពាល់ណាមួយខាង ក្រោម?**

(ជ្រើសទាំងអស់ដែលត្រឹមត្រូវ?)

ស្រោមដៃ កៅស៊ូ Latex/Vinyl/Nitrile មួយជាន់  
 ស្រោមដៃ កៅស៊ូ/Latex/Vinyl/Nitrile ពីរជាន់  
 វ៉ែនតា (មិនមែនប្រភេទការពារ)  
 វ៉ែនតាមានរបាំងចំហៀង  
 ឧបករណ៍ការពារភ្នែក/វ៉ែនតាការពារ  
 របាំងការពារមុខ  
 ម៉ាស់ពាក់ពេលវះកាត់  
 ឧបករណ៍ការពារផ្លូវដង្ហើម  
 អាវុំវែង វះកាត់ អ៊ីសូឡង់ ការពារជាតិគីមី  
 អៀមផ្លាស្ទិក  
 អាវុំពិសោធន៍/អាវុំពិក្រា (មិនមែនសំលៀកបំពាក់  
 ការពារ)  
 អាវុំពិក្រា/ឯកសណ្ឋាន (មិនមែនសំលៀកបំពាក់  
 ការពារ)  
 សំលៀកបំពាក់ពិសេសផ្សេងទៀតសម្រាប់ពាក់ការពារ  
 ខ្លួន

ផ្សេងទៀត បរិយាយ៖ \_\_\_\_\_

**10. Which barrier garments and/or personal protective equipment were worn at the time of exposure?**

(check all that apply)

Single pair latex/vinyl/nitrile gloves  
 Double pair latex/vinyl/nitrile gloves  
 Eyeglasses (*not a protective item*)  
 Eyeglasses with side shields  
 Protective eyewear/Goggles  
 Face shield  
 Surgical mask  
 Respirator  
 Gowns: Surgical, isolation, chemotherapy  
 Plastic apron  
 Lab coat/Scrub jacket (*not protective garments*)  
 Scrubs/Uniform (*not protective garments*)  
 Other specialized garment worn as protection  
 Other, describe: \_\_\_\_\_

**11. តើការប៉ះពាល់បណ្តាលមកពី? (ជ្រើសតែមួយប្រអប់ប៉ុណ្ណោះ)**

- អំឡុងពេលដំណើរការព្យាបាលអ្នកជំងឺ បរិយាយ៖ \_\_\_\_\_
- បង្កដោយអ្នកជំងឺ (ការស្តោះទឹកមាត់/ការខាំ/ការក្អកក្អាយ) \_\_\_\_\_
- ប្រដាប់ដាក់សំណាកឆ្លាយ/ជ្រាបទឹក \_\_\_\_\_
- ប្រដាប់ដាក់សំណាកបែក \_\_\_\_\_
- ទុយោសេរ៉ូម/ថង់/ Pump លេច/បែក \_\_\_\_\_
- ទុយោបញ្ជូនអាហារ/ទុយោបញ្ជូនខ្យល់/ទុយោ ផ្សេងទៀតព្រែក ឃ្លាតគ្នា/ ជ្រាបទឹក/ខ្លីតទឹក បញ្ជាក់ការដាក់ទុយោ៖ \_\_\_\_\_
- ប្រដាប់ដាក់ផ្សេងទៀតដែលសាធាតុរាវក្នុងរាងកាយបានកំពប់/ជ្រាបទឹក \_\_\_\_\_
- បានប៉ះឧបករណ៍/ផ្ទៃដែលប្រឡាក់ \_\_\_\_\_
- បានប៉ះក្រណាត់/ក្រដាស/អាវធំវែង។ល។ \_\_\_\_\_
- មិនដឹង \_\_\_\_\_
- ផ្សេងទៀត បរិយាយ៖ \_\_\_\_\_

- 11. Was the exposure the result of?** (check one box only)
- 1  1 During patient procedure, describe \_\_\_\_\_
- 11  11 Patient initiated (spitting/biting/vomiting etc.)
- 2  2 Specimen container leaked/spilled
- 3  3 Specimen container broke
- 4  4 IV Tubing/Bag/Pump leaked/broke
- 10  10 Feeding/Ventilator/Other tube separated/leaked/Splashed  
Specify tubing: \_\_\_\_\_
- 5  5 Other body fluid container spilled/leaked
- 6  6 Touched contaminated equipment/surface
- 7  7 Touched contaminated drapes/sheets/gowns, etc.
- 8  8 Unknown
- 9  9 Other, describe: \_\_\_\_\_

**11a. តើការប៉ះពាល់នេះបណ្តាលឱ្យប៉ះពាល់ទៅនឹងថ្នាំដែលមាន គ្រោះថ្នាក់ (ឧ.ការព្យាបាលដោយប្រើធាតុគីមី និងការប្រឆាំងនឹងជំងឺ មហារីក) នៃរូបទេ?**

- បាទ/ បាទ 1
- ទេ 2
- មិនដឹង 3

**11a. Did the incident result in an exposure to a hazardous drug (e.g. chemotherapy, antineoplastic)?**

- 1  1 Yes
- 2  2 No
- 3  3 Unknown

**11b. ប្រសិនបើឧបករណ៍ប្រើការមិនបាន សូមបញ្ជាក់៖**

ប្រភេទឧបករណ៍ \_\_\_\_\_

ក្រុមហ៊ុនផលិត \_\_\_\_\_

**11b. If equipment failure, please specify**

Equipment type \_\_\_\_\_

Manufacturer \_\_\_\_\_

**12. តើឈាម ឬសារធាតុរាវក្នុងរាងកាយប៉ះជាមួយស្បែក ឬភ្នាសស្តើងនៃស្បែករយៈពេលប៉ុន្មាន? (ជ្រើសតែមួយប្រអប់ប៉ុណ្ណោះ)**

- តិចជាង 5 នាទី 1
- 5-14 នាទី 2
- 15 នាទីទៅ 1 ម៉ោង 3
- ច្រើនជាង 1 ម៉ោង 4
- មិនដឹង 5

**12. For how long was the blood or body fluid in contact with your skin or mucous membranes?(check one box only)**

- 1  1 Less than 5 minutes
- 2  2 5-14 minutes
- 3  3 15 minutes to 1 hour
- 4  4 More than 1 hour
- 5  5 Unknown

**13. តើឈាម/សារធាតុរាវក្នុងរាងកាយប៉ះជាមួយស្បែក ឬភ្នាសស្តើង នៃស្បែកក្នុងបរិមាណប៉ុន្មាន? (ជ្រើសតែមួយប្រអប់ប៉ុណ្ណោះ)**

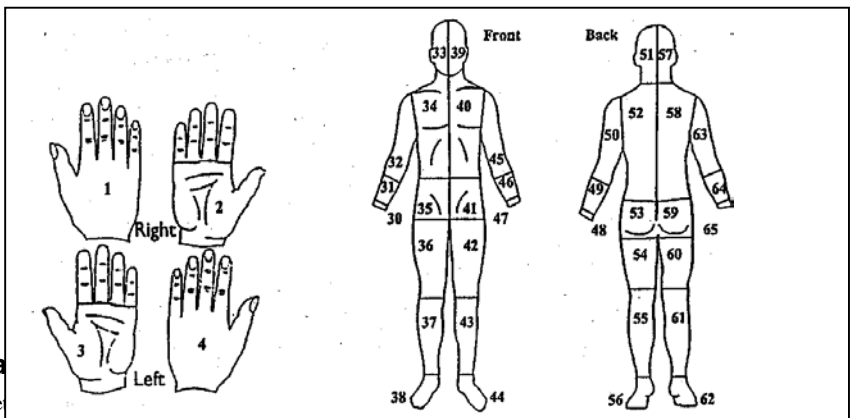
- បរិមាណទាប (រហូតដល់ 5 ml ឬរហូតដល់ 1 ស្លាបព្រាកា ហ្វេ) \_\_\_\_\_
- បរិមាណមធ្យម (រហូតដល់ 50 ml ឬរហូតមួយភាគបួននៃ ពែង) \_\_\_\_\_
- បរិមាណច្រើន (ច្រើនជាង 50 ml) \_\_\_\_\_

**13. How much blood/body fluid came in contact with your skin or mucous membranes? (check one box only)**

- 1  1 Small amount (up to 5 ml, or up to 1 teaspoon)
- 2  2 Moderate amount (up to 50 ml, or up to quarter cup)
- 3  3 Large amount (more than 50 ml)

**14. ទីតាំងដែលប៉ះពាល់៖ សរសេរលេខទីតាំងរហូតដល់បីផ្នែកនៃរាងកាយដែលប៉ះពាល់ក្នុងចន្លោះខាងក្រោម**

Location of the exposure:  
Write the number of the locations of up to three exposed body parts



GIZ Ca  
ហាមថតចម្លង ឬកែប្រែទម្រង់ EPINe

in the blanks below.

កន្លែងប៉ះពាល់ធំជាងគេ \_\_\_\_\_ Largest area of exposure

កន្លែងប៉ះពាល់មធ្យម \_\_\_\_\_ Middle area of exposure \_

កន្លែងប៉ះពាល់តូចជាងគេ \_\_\_\_\_ Smallest area of exposure

**15. ស្ថានភាពការងាររបស់បុគ្គលិកដែលជួបករណីប៉ះពាល់:**

- |  |   |                          |   |                                   |
|--|---|--------------------------|---|-----------------------------------|
| បុគ្គលិកប្រកបវិជ្ជាជីវៈសុខាភិបាល       | 1 | <input type="checkbox"/> | 1 | Health Practitioners Employee     |
| បុគ្គលិកបណ្តោះអាសន្ន/កិច្ចសន្យា        | 2 | <input type="checkbox"/> | 2 | Temporary/Contract                |
| និស្សិត                                | 3 | <input type="checkbox"/> | 3 | Student                           |
| អ្នកស្ម័គ្រចិត្ត                       | 4 | <input type="checkbox"/> | 4 | Volunteer                         |
| បុគ្គលិកមិនមែនប្រកបវិជ្ជាជីវៈសុខាភិបាល | 5 | <input type="checkbox"/> | 5 | Non-health Practitioners employee |
| ផ្សេងទៀត _____                         | 6 | <input type="checkbox"/> | 6 | Other _____                       |

**15. Employment status of exposed worker:**

**16. រៀបរាប់អំពីស្ថានភាពដែលនាំឱ្យមានករណីប៉ះពាល់:**  
(សូមកត់ត្រាប្រសិនបើឧបករណ៍មិនដំណើរការឬខូចធ្វើឱ្យប៉ះពាល់)

**16. Describe the circumstances leading to this exposure:**  
(please note if a device malfunction was involved):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**តើមន្ទីរពេទ្យបានកត់ត្រាពីករណីប៉ះពាល់នេះ នៅក្នុងកំណត់ហេតុ? (សម្រាប់បុគ្គលិកប្រមូលទិន្នន័យតែប៉ុណ្ណោះ)**

**Is this incident government recordable? (for office use only)**

- |          |   |                          |   |         |
|----------|---|--------------------------|---|---------|
| បាទ/ ចាស | 1 | <input type="checkbox"/> | 1 | Yes     |
| ទេ       | 2 | <input type="checkbox"/> | 2 | No      |
| មិនដឹង   | 3 | <input type="checkbox"/> | 3 | Unknown |

ប្រសិនបើបានកត់ត្រា: \_\_\_\_\_  
ចំនួនថ្ងៃដែលមិនបានបំពេញការងារ: \_\_\_\_\_  
ចំនួនថ្ងៃដែលសកម្មភាពការងារត្រូវបានកម្រិត \_\_\_\_\_

If yes  
Days away from work  
Days of restricted work activity

**តើការការពារជំងឺ (prophylaxis) បន្ទាប់ពីការប៉ះពាល់ត្រូវបានផ្តល់ដែរឬទេ? (សម្រាប់បុគ្គលិកប្រមូលទិន្នន័យតែប៉ុណ្ណោះ)**

**Was prophylaxis provided? (for office use only)**

- |          |   |                          |   |         |
|----------|---|--------------------------|---|---------|
| បាទ/ ចាស | 1 | <input type="checkbox"/> | 1 | Yes     |
| ទេ       | 2 | <input type="checkbox"/> | 2 | No      |
| មិនដឹង   | 3 | <input type="checkbox"/> | 3 | Unknown |

**តើករណីប៉ះពាល់នេះឆ្លើយតបនឹងលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យរបាយការណ៍ឧបករណ៍**

**Does this incident meet the medical device reporting criteria?**  
(Yes if a device defect caused serious injury necessitating medical or surgical intervention, or death occurred within 10 works days of incident.)

**វេជ្ជសាស្ត្រ ឬទេ?** (ឆ្លើយតប ប្រសិនបើភាពខ្វះខាតរបស់ឧបករណ៍បានបង្កឱ្យមានរបួសធ្ងន់ធ្ងរដែលចាំបាច់ឱ្យមានការព្យាបាល ឬវះកាត់ ឬមានការស្លាប់នៅក្នុងរយៈពេល 10 ថ្ងៃនៃករណីប៉ះពាល់?)

(for office use only)

- |            |   |                          |   |         |
|------------|---|--------------------------|---|---------|
| ឆ្លើយតប    | 1 | <input type="checkbox"/> | 1 | Yes     |
| មិនឆ្លើយតប | 2 | <input type="checkbox"/> | 2 | No      |
| មិនដឹង     | 3 | <input type="checkbox"/> | 3 | Unknown |

**ការចំណាយ:**

**Cost: (optional, for office use only):**

(បំពេញបាន/មិនបំពេញបាន សម្រាប់បុគ្គលិកប្រមូលទិន្នន័យតែប៉ុណ្ណោះ)

**ចំណាយលើមន្ទីរពិសោធន៍** (រលាកឆ្អើមប្រភេទB, C និងមេរោគអដេស ផ្សេងទៀត)

**Lab charges** (HBV, HCV, HIV, other)

បុគ្គលិកថែទាំសុខភាព \_\_\_\_\_ Healthcare worker

ការព្យាបាល/ prophylaxis (វ៉ាក់សាំង HBIG, HBV , តេតាណុស ផ្សេងទៀត)	ប្រភព _____
ចំណាយលើថ្លៃសេវា (ផ្នែកសង្គ្រោះបន្ទាន់ សុខភាពបុគ្គលិក ផ្សេងទៀត)	បុគ្គលិកថែទាំសុខភាព _____
ថ្លៃផ្សេងទៀត (ការថែទាំ វះកាត់របស់បុគ្គលិក ផ្សេងទៀត)	_____
ម៉ោងឈប់សម្រាកដែលទទួលបានប្រាក់ឈ្នួល	_____
សរុប	_____

Source patient
<b>Treatment/Prophylaxis</b> (HBIG, HBV vaccine, tetanus, other)
Healthcare worker
<b>Service charges</b> (Emergency Dep, Employee Health,.)
<b>Other costs</b>
<b>Paid Time Off</b>
<b>Total</b>