

ទម្រង់ប្រមូលទិន្នន័យស្តីពីការមុតមួល និងវត្ថុមុតស្រួច

Needlestick & Sharp Object Injury Report



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
3. មណ្ឌលសុខភាព Health Center
4. ប៉ុស្តិ៍សុខភាព Health Post

ឯកជន Private health facilities

- 1. មន្ទីរពេទ្យឯកជន Hospital
2. មន្ទីរពហុព្យាបាល Polyclinic
3. មន្ទីរសម្រាកព្យាបាល Clinic
4. មន្ទីរសម្ព័ន្ធ និងមេតស្ត្រី 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. សម្រាកព្យាបាលផ្លូវចិត្ត 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. ពិសោធន៍វេជ្ជសាស្ត្រ Medical Lab, room

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

4. តើបុគ្គលិកដែលបានមុតស្ថិតក្នុងប្រភេទវិជ្ជាជីវៈមួយណា?
(ជ្រើសតែមួយប្រអប់ប៉ុណ្ណោះ)
វេជ្ជបណ្ឌិតឯកទេស (Attending/បុគ្គលិក)
បញ្ជាក់ឯកទេស

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

- 1 Specialist Doctor (attending/staff);
specialty
2 Doctor/Physician assistant

GIZ Cambodia Ministry of Health BBraun

- | | | | | | |
|--------------------------|--|----|--------------------------|----|--|
| | និស្សិតផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ | 3 | <input type="checkbox"/> | 3 | Medical student |
| <input type="checkbox"/> | 1 បរិញ្ញាបត្រ បញ្ជាក់ ◀ | 4 | <input type="checkbox"/> | 4 | Nurse ⇒ <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 2 បរិញ្ញាបត្ររង | | | | <input type="checkbox"/> 1 BSN |
| <input type="checkbox"/> | 3 បឋម | | | | <input type="checkbox"/> 2 ADN |
| <input type="checkbox"/> | 4 គិលានុបដ្ឋាករឯកទេស បញ្ជាក់ | | | | <input type="checkbox"/> 3 Primary Nurse |
| | និស្សិតគិលានុបដ្ឋាករ | 5 | <input type="checkbox"/> | 5 | Nursing student |
| <input type="checkbox"/> | 1 បរិញ្ញាបត្រ បញ្ជាក់ ◀ | 21 | <input type="checkbox"/> | 21 | Midwife ⇒ <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 2 បរិញ្ញាបត្ររង | | | | <input type="checkbox"/> 1 BSM |
| <input type="checkbox"/> | 3 បឋម | | | | <input type="checkbox"/> 2 ADM |
| | និស្សិតឆ្នប | 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 student |
| | ផ្សេងទៀត បរិយាយ: _____ | 15 | <input type="checkbox"/> | 15 | Other, describe: _____ |

5. តើការមុតកើតឡើងនៅទីណា?(ជ្រើសតែមួយប្រអប់ប៉ុណ្ណោះ)

- | | | | | | |
|--|---|----|--------------------------|----|---|
| | បន្ទប់អ្នកជំងឺ | 1 | <input type="checkbox"/> | 1 | Patient room |
| | ខាងក្រៅបន្ទប់អ្នកជំងឺ (ផ្លូវដើរ បន្ទប់គិលានុបដ្ឋាករ។) | 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 |
| | ផ្នែកកោសល្យវិច្ឆ័យ | 12 | <input type="checkbox"/> | 12 | Autopsy/Pathology |
| | ផ្នែកស្តុក និងគ្រប់គ្រងកាកសំណល់ | 13 | <input type="checkbox"/> | 13 | Service/Utility (laundry, central supply, sterile processing, waste, etc) |
| | បន្ទប់ត្រៀមសម្រាល 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: _____ |

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

- | | | |
|--------------------------|----|---|
| <input type="checkbox"/> | 1 | Patient room |
| <input type="checkbox"/> | 2 | Outside patient room (hallway, nurses station, etc.) |
| <input type="checkbox"/> | 3 | Emergency department |
| <input type="checkbox"/> | 4 | Intensive/Critical care unit: specify type: _____ |
| <input type="checkbox"/> | 5 | Operating room/Recovery |
| <input type="checkbox"/> | 6 | Outpatient clinic/Office |
| <input type="checkbox"/> | 7 | Blood bank |
| <input type="checkbox"/> | 9 | Dialysis facility (hemodialysis and peritoneal dialysis) |
| <input type="checkbox"/> | 10 | Procedure room (x-ray, EKG, etc) |
| <input type="checkbox"/> | 11 | Clinical laboratories |
| <input type="checkbox"/> | 12 | Autopsy/Pathology |
| <input type="checkbox"/> | 13 | Service/Utility (laundry, central supply, sterile processing, waste, etc) |
| <input type="checkbox"/> | 16 | Labor and delivery room |
| <input type="checkbox"/> | 17 | Home-care |
| <input type="checkbox"/> | 14 | Other, describe: _____ |

6. តើស្គាល់អត្តសញ្ញាណអ្នកជំងឺទេ (ជ្រើសតែមួយប្រអប់ប៉ុណ្ណោះ)

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

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

- | | | |
|--------------------------|---|---------------|
| <input type="checkbox"/> | 1 | Yes |
| <input type="checkbox"/> | 2 | No |
| <input type="checkbox"/> | 3 | Unknown |
| <input type="checkbox"/> | 4 | Not available |

7. តើបុគ្គលិករងរបួសជាអ្នកប្រើវត្ថុមុតស្រួចដំបូងគេ? (គូសតែមួយប្រអប់ប៉ុណ្ណោះ)

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

7. Was the injured worker the original user of the sharp item? (check one box only)

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

8. វត្ថុមុតស្រួចនោះគឺ៖ (គូសតែមួយប្រអប់ប៉ុណ្ណោះ)
 មានឆ្លងមេរោគ(ដឹងពីការប៉ះពាល់/ប្រើប្រាស់វត្ថុនោះ ទៅនឹងអ្នក ជំងឺ ឬសម្ភារមានឆ្លងមេរោគ) **==> តើ មានឈាមប្រឡាក់លើឧបករណ៍នោះឬ?**

1 បាទ/ចាស
 2 ទេ
 3 មិនដឹង

មិនឆ្លងមេរោគ (មិនដឹងពីការប៉ះពាល់/ប្រើប្រាស់វត្ថុ នោះទៅនឹង អ្នកជំងឺ ឬសម្ភារមានឆ្លងមេរោគ)
 មិនដឹង

8. The sharp item was: (check one box only)

1 Contaminated (known exposure to patient or contaminated equipment)
==> was there blood on the device?
 1 Yes
 2 No
 3 Unknown

2 Uncontaminated (no known exposure to patient or contaminated equipment)
 3 Unknown

9. តើវត្ថុមុតស្រួចនោះប្រើក្នុងគោលបំណងអ្វី? (គូសតែមួយប្រអប់ប៉ុណ្ណោះ)

មិនដឹង

ចាក់ថ្នាំ ចាក់សាច់ដុំ/ក្រោមស្បែក ឬការចាក់ផ្សេងទៀតតាម ស្បែក

ចាក់ថ្នាំប្រឆាំង នឹងកំណកឈាម
 Heparin ឬសេរ៉ូមប្រៃ

ចាក់បញ្ចូល ឬបូមពិកតែងចាក់សេរ៉ូម ឬ IV port

មុតពេលតភ្ជាប់សេរ៉ូម (តសេរ៉ូមជាខ្លួន/ខ្សែសេរ៉ូម/ការបញ្ចូលសេរ៉ូម/ខ្សែកត្តាបំប្រុងសេរ៉ូម)

ចាប់ផ្តើមបញ្ចូលសេរ៉ូមឬរៀបចំចាក់បិទសេរ៉ូម
 Hep-arin(ការកែទេ ឬប្រភេទម្តងមានស្លាប)

9. For what purpose was the sharp item originally used? (check one box only)

1 Unknown/Not applicable
 2 Injection, intra-muscular/subcutaneous, or other injection through the skin
 3 Heparin or saline flush
 4 Other injection into or aspiration from IV injection site or IV port
 5 To connect IV line (intermittent IV/piggyback/IV infusion/other)
 6 To start IV or set up heparin lock (IV catheter or winged set- type needle)

បូមយកសំណាកឈាមតាមសរសៃវ៉ែន **=====**

បូមយកសំណាកឈាមតាមសរសៃអាក **=====**

ទេ**=====** **▶ ប្រសិនបើបានបូមយកឈាម?**

1 ចាក់ដោយផ្ទាល់? 2 នាញយក?

ចាក់សរសៃឈាមអាកទេ/សរសៃឈាមកណ្តាល ដើម្បីយកវត្ថុរាវក្នុងរាងកាយ ឬសំណាកជាលិកា
 (ទឹកនោម/CSF/ទឹកភ្លោះ/វត្ថុរាវផ្សេងទៀត/ជាលិកា)

ចាក់ម្រាមដៃ/ចាក់កែងជើង

ដេរមុខរបួស

ការរុះ

ការខ្ទង

ការព្យាបាលដោយចរន្តអគ្គិសនី

ដើម្បីរក្សាទុកសំណាក ឬ ឱសថ(វត្ថុជាតិរាវ)

ផ្សេងទៀត បរិយាយ៖ _____

7 To draw venous blood sample **=====**

8 To draw arterial blood sample **=====** **▶ if used to draw blood was it?**
 1 Direct stick? 2 Drawn from a line?

16 To place an arterial /central line
 9 To obtain a body fluid or tissue sample(urine/CSF/amniotic fluid/other fluid, biopsy)
 10 Finger stick/Heel stick
 11 Suturing
 12 Cutting
 17 Drilling
 13 Electrocautery
 14 To contain a specimen or pharmaceutical (glass item)
 15 Other; describe _____

10. តើករណីមុតបានកើតឡើងនៅពេលណា?
 (គូសតែមួយប្រអប់ប៉ុណ្ណោះ)

មុនពេលប្រើវត្ថុ(វត្ថុបានបែក/រអិលរុះ ដំឡើងឧបករណ៍ ជាដើម)

អំឡុងពេលប្រើវត្ថុ(វត្ថុបានរអិលរុះ អ្នកជំងឺស្តាប់ទី/ រើ ធ្វើចស្បែកឡើង ជាដើម)

នៅពេលចាប់/ទប់អ្នកជំងឺ

នៅចន្លោះដំណាក់កាលនៃទម្រង់ការដែលមានច្រើនដំណាក់ កាល (ចន្លោះការចាក់ថ្នាំម្តងហើយម្តងទៀត, ឬពេលបាញ់ ឧបករណ៍ណាមួយ)

នៅពេលដកម្ជុលចេញពីកៅស៊ូ ឬសម្ភារទប់ផ្សេងទៀត (ប្រដាប់ទប់ធ្វើពី កៅស៊ូ ប្លាស្ទិកស្រូវមាសល្អ)

10. When did the injury occur?
 (check one box only)

1 Before use of item (item broke/slipped, assembling device, etc.)
 2 During use of item (item slipped, patient moved, skin pinch-up, etc.)
 15 While restraining patient
 3 Between steps of a multi-step procedure (between incremental injections, passing instruments, etc.)
 7 While withdrawing a needle from rubber or other resistant material (rubber stopper, IV port, etc.)

| | | | |
|--|--------------------------|----|---|
| ក្នុងពេលរៀបចំប្រើឧបករណ៍ដែលអាចប្រើបាន 5 | <input type="checkbox"/> | 5 | In preparation for reuse of reusable instrument (<i>sorting, disinfecting, sterilizing, etc.</i>) |
| ម្តងទៀត (តម្រៀប រំងាប់មេរោគ សម្លាប់មេរោគ។) បន្ទាប់ពីប្រើ នៅពេលគ្របគម្របម្តងប្រើ 6 | <input type="checkbox"/> | 6 | After use, while recapping used needle ហើយ |
| បន្ទាប់ពីប្រើ នៅពេលរុះរើសម្ភារ ឬឧបករណ៍ 4 | <input type="checkbox"/> | 4 | After use, while disassembling device or equipment |
| បន្ទាប់ពីប្រើ ទុកឧបករណ៍លើកម្រាលគង្គ តុ គ្រែ 16 | <input type="checkbox"/> | 16 | After use, device left on floor, table, bed ឬកន្លែងមិនសមរម្យ |
| បន្ទាប់ពីប្រើ មុតពីវត្ថុដែលទុកលើ ឬក្បែរធុង 9 | <input type="checkbox"/> | 9 | After use, from item left on or near disposal container ចោលសំណល់ |
| បន្ទាប់ពីប្រើប្រាស់-មុនពេលចោល (ពេលបញ្ជូនទៅ 8 | <input type="checkbox"/> | 8 | Other after use-before disposal (<i>in transit to trash, cleaning, sorting, etc.</i>) ធុងសំរាម សម្អាត ថ្នាំចាក់ ឧបករណ៍បញ្ជូន។ល។) |
| អំឡុងពេលចោល, នៅពេលដាក់វត្ថុទៅក្នុងធុង 10 | <input type="checkbox"/> | 10 | During disposal, while putting item into disposal ចោលសំណល់ container |
| អំឡុងពេលចោល, ពេលទប់វត្ថុកុំឱ្យលឿនចេញពី 11 | <input type="checkbox"/> | 11 | During disposal, stuck by item protruding from ធុងចោល សំណល់ opening of disposal container |
| បន្ទាប់ពីចោល, វត្ថុទម្លុះចូលធុងចោលសំណល់ 12 | <input type="checkbox"/> | 12 | After disposal, item pierced side of disposal container |
| បន្ទាប់ពីចោល វត្ថុបានលឿនចេញពីកញ្ចប់សំរាម 13 | <input type="checkbox"/> | 13 | After disposal, item protruded from trash bag or ឬធុងចោល សំណល់ដែលមិនត្រឹមត្រូវ inappropriate waste container |
| ផ្សេងទៀត បរិយាយ: _____ 14 | <input type="checkbox"/> | 14 | Other: describe: _____ |

11. ឧបករណ៍ប្រភេទអ្វីដែលបង្កឱ្យមានការមុត?
(ត្រូវតែមួយប្រអប់ប៉ុណ្ណោះ)

- 11.a ម្ជុលចាក់ថ្នាំ
- 11.b ម្ជុលដេរវដ្តកវះកាត់
- 11.c សម្ភារ ឬវត្ថុធ្វើពីកែវ

11. What type of device caused the injury?
(check one box only)

- 11.a Hollow-bore Needle
- 11.b Surgical and solid needle
- 11.c Glass

តើឧបករណ៍មួយណាបង្កឱ្យមានការមុត?
(ជ្រើសមួយប្រអប់ប៉ុណ្ណោះពី បីផ្នែកខាងក្រោម)

Which device caused the injury?
(check one box from one of the three sections only)

ម្ជុលចាក់ថ្នាំ (សម្រាប់ម្ជុលប្រើសម្រាប់ចាក់ចុងម្រាមដៃ
Lancets និងម្ជុលដេរមុខរបួស សូមមើល "សម្ភារវះកាត់")

HOLLOW-bore Needles (for *lancets and suture needles see "surgical instruments"*)

| | | | | |
|--|--|-----------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1. អាងស៊ុយលីន | <input type="checkbox"/> 5. ម្ជុលទំហំ 22 | <input type="checkbox"/> 1 | Disposable syringe | <input type="checkbox"/> 5. 22-gauge needle |
| <input type="checkbox"/> 2. ធ្វើតេស្តរកមេរោគរបេង | <input type="checkbox"/> 6. ម្ជុលទំហំ 21 | <input type="checkbox"/> 1 | Insulin | <input type="checkbox"/> 6. 21-gauge needle |
| <input type="checkbox"/> 3. ម្ជុលទំហំ 24/25 | <input type="checkbox"/> 7. ម្ជុលទំហំ 20 | <input type="checkbox"/> 1 | Tuberculin | <input type="checkbox"/> 7. 20-gauge needle |
| <input type="checkbox"/> 4. ម្ជុលទំហំ 23 | <input type="checkbox"/> 8. "ផ្សេងៗ" | <input type="checkbox"/> 1 | 24/25-gauge needle | <input type="checkbox"/> 8. "Other" |
| ស៊ីរីងដែលកាត់កណ្តាល (ម្ជុលប៊ិក សូមមើល #17) | | <input type="checkbox"/> 2 | 23-gauge needle | |
| ស៊ីរីងឧស្ម័នក្នុងឈាម (ABG) | | <input type="checkbox"/> 2 | Pre-filled cartridge syringe (<i>pen needles see #17</i>) | |
| ស៊ីរីង ប្រភេទផ្សេងទៀត | | <input type="checkbox"/> 3 | Blood gas syringe (ABG) | |
| ម្ជុលចាក់ស្បែក (រួមមានខ្សែស្បែក និងខ្សែកង្កាប់ 5 | | <input type="checkbox"/> 4 | Syringe, other type | |
| ច្នៃកស្បែក) | | <input type="checkbox"/> 5 | Needle on IV line (<i>includes piggybacks & IV line connectors</i>) | |
| ម្ជុលដែកមានស្លាប (រួមមានឧបករណ៍ប្រភេទមាន 6 | | <input type="checkbox"/> 6 | Winged steel needle (<i>includes winged-set type devices</i>) | |
| ស្លាប) | | <input type="checkbox"/> 7 | IV catheter stylet | |
| កាតេទែស្បែក | | <input type="checkbox"/> 8 | Vacuum tube blood collection holder/needle | |
| ប្រដាប់/ម្ជុល បូមឈាមតាមបំពង់បូម | | <input type="checkbox"/> 9 | Spinal or epidural Needle | |
| ម្ជុលចាក់បូមទឹកឆ្អឹងខ្នង ឬម្ជុលចាក់ថ្នាំសន្តិ 9 | | <input type="checkbox"/> 10 | Unattached hypodermic needle | |
| ម្ជុលចាក់ស្បែក | | <input type="checkbox"/> 11 | Arterial catheter introducer needle | |
| ម្ជុលនាំមុខចាក់កាតេទែ សរសៃអាទែ | | <input type="checkbox"/> 12 | Central line catheter needle (<i>cardiac, etc.</i>) | |
| ម្ជុលចាក់ជំនកណ្តាល (បេះដូង។ល។) | | <input type="checkbox"/> 13 | Drum catheter needle | |
| ម្ជុលកាតេទែសំប៉ែត | | <input type="checkbox"/> 14 | Other vascular catheter needle (<i>cardiac, etc.</i>) | |
| កាតេទែសរសៃឈាមផ្សេងទៀត (បេះដូង។ល។) | | <input type="checkbox"/> 15 | Other non-vascular catheter needle | |
| ម្ជុលកាតេទែផ្សេងទៀត មិនមែនសម្រាប់ 15 | | <input type="checkbox"/> 16 | Huber-type needle | |
| សរសៃ | | | | |
| ម្ជុលប្រភេទកោង | | | | |

| | | | | |
|-----------------------------|----|--------------------------|----|-------------------------------|
| ម្ហូបបិទ | 17 | <input type="checkbox"/> | 17 | Pen needle |
| ឧបករណ៍បាញ់ថ្នាំ | 18 | <input type="checkbox"/> | 18 | Jet injector |
| ម្ហូប មិនច្បាស់ប្រភេទ | 28 | <input type="checkbox"/> | 28 | Needle, not sure what kind |
| ម្ហូបផ្សេងទៀត បរិយាយ: _____ | 29 | <input type="checkbox"/> | 29 | Other needle: describe: _____ |

សម្ភារៈកាត់ និងវត្ថុមុតស្រួចផ្សេងៗ (សម្រាប់វត្ថុធ្វើពីកែវ សូមមើល "វត្ថុធ្វើពីកែវ")

Surgical instruments and other sharp items (for glass items see "glass")

| | | | | |
|--|----|--------------------------|----|---|
| ម្ហូបចាក់ចុងដៃ (ចុងដៃ ឬ កែវជើង) | 30 | <input type="checkbox"/> | 30 | Lancet (finger or heel sticks) |
| ម្ហូបដេរមុខរបួស | 31 | <input type="checkbox"/> | 31 | Suture needle |
| កាំបិតកាត់ អាចប្រើបានម្តងទៀត (កាំបិតសម្របរកាត់ លេខកូដសម្រាប់ចោលគឺ 45) | 32 | <input type="checkbox"/> | 32 | Scalpel, reusable (<i>scalpel, disposable code is 45</i>) |
| កាំបិតកាត់ ប្រើហើយចោលបាន | 45 | <input type="checkbox"/> | 45 | Scalpel, disposable |
| កាំបិតកោរ/ឡាម | 33 | <input type="checkbox"/> | 33 | Razor |
| Pipette (ផ្លាស្ទិក) | 34 | <input type="checkbox"/> | 34 | Pipette (<i>plastic</i>) |
| កន្ត្រៃ | 35 | <input type="checkbox"/> | 35 | Scissors |
| ឧបករណ៍ដុតដោយចរន្តអគ្គិសនី | 36 | <input type="checkbox"/> | 36 | Electro-cautery device |
| ឧបករណ៍កាត់ឆ្អឹង | 37 | <input type="checkbox"/> | 37 | Bone cutter |
| ឧបករណ៍កោស | 38 | <input type="checkbox"/> | 38 | Bone chip/sliver |
| ផ្សេងៗ | | | | |
| បំពង់ប្រកបណាត់កាត់ | 39 | <input type="checkbox"/> | 39 | Towel clip |
| កាំបិតដៀស្បែកសម្រាប់ផ្សារ Microtome blade | 40 | <input type="checkbox"/> | 40 | Microtome blade |
| ម្ហូបនាំមុខ | 41 | <input type="checkbox"/> | 41 | Trocar |
| បំពង់បូម (ផ្លាស្ទិក) | 42 | <input type="checkbox"/> | 42 | Vacuum tube (<i>plastic</i>) |
| ទីបសំណាក/តេស្ត (ផ្លាស្ទិក) | 43 | <input type="checkbox"/> | 43 | Specimen/Test tube (<i>plastic</i>) |
| ក្រចកដៃ/ធ្មេញ | 44 | <input type="checkbox"/> | 44 | Fingernails/Teeth |
| ឧបករណ៍ចាប់មុខរបួស Retractors ទម្ងន់ចាប់ឆ្អឹង/ស្បែក | 46 | <input type="checkbox"/> | 46 | Retractors, skin/bone hooks |
| ថ្លើរក៏ប/ដេរ | 47 | <input type="checkbox"/> | 47 | Staples/Steel sutures |
| ចេស (ដេរ/ភ្ជាប់/ល្អស/guide wire) | 48 | <input type="checkbox"/> | 48 | Wire (<i>suture/fixation/guide wire</i>) |
| កន្ត្រាស់ (ភ្ជាប់/guide pin) | 49 | <input type="checkbox"/> | 49 | Pin (<i>fixation, guide pin</i>) |
| ដៃកខ្នុង/ស្វាន | 50 | <input type="checkbox"/> | 50 | Drill bit/bur |
| ឧបករណ៍សម្រាប់ទាញក្បាលកូន/ឧបករណ៍សម្រាប់សម្រាប់ កៀបសរសៃរណាម/ដង្កៀប | 51 | <input type="checkbox"/> | 51 | Pickups/Forceps/Hemostats/Clamps |
| វត្ថុមុតស្រួច មិនច្បាស់ប្រភេទអី | 58 | <input type="checkbox"/> | 58 | Sharp item, not sure what kind |
| វត្ថុមុតស្រួចផ្សេងទៀត: បរិយាយ: _____ | 59 | <input type="checkbox"/> | 59 | Other sharp item: describe: _____ |

វត្ថុធ្វើពីកែវ

Glass

| | | | | |
|---|----|--------------------------|----|---|
| អំពូលថ្នាំ | 60 | <input type="checkbox"/> | 60 | Medication ampule |
| ដបថ្នាំ(ឆ្នុកដំរ) | 61 | <input type="checkbox"/> | 61 | Medication vial (<i>small volume with rubber stopper</i>) |
| បំពង់បូម (Glass) | 64 | <input type="checkbox"/> | 64 | Vacuum tube (<i>glass</i>) |
| បំពង់សំណាក/តេស្ត (Glass) | 65 | <input type="checkbox"/> | 65 | Specimen/Test tube (<i>glass</i>) |
| បំពង់សម្រាប់ដាក់ឈាមពីសរសៃកាត់លែរ | 66 | <input type="checkbox"/> | 66 | Capillary tube |
| បន្ទះឡាមដាក់សំណាក (glass slide) | 67 | <input type="checkbox"/> | 67 | Glass slide |
| កញ្ចក់រថយន្ត / កញ្ចក់ Automobile glass/windshield | 68 | <input type="checkbox"/> | 68 | Automobile glass/windshield |
| វត្ថុធ្វើពីកែវ មិនច្បាស់ប្រភេទអី | 78 | <input type="checkbox"/> | 78 | Glass item, not sure what kind |
| វត្ថុធ្វើពីកែវ ផ្សេងទៀត: បរិយាយ: _____ | 79 | <input type="checkbox"/> | 79 | Other glass item: describe: _____ |

បរិយាយ/ក្រុមហ៊ុនផលិតផលិតផល:

Brand/Manufacturer of product:

(ឧ. ក្រុមហ៊ុនវេជ្ជសាស្ត្រ ABC)

(e.g. ABC Medical Company) _____

ម៉ូដែល: _____ មិនដឹង

Model: _____ Unknown

12. ប្រសិនបើវត្ថុដែលបណ្តាលឱ្យមានរបួសគឺជាម្ហូប ឬឧបករណ៍វេជ្ជសាស្ត្រមុតស្រួច តើវាជា "វត្ថុដែលផលិត

ឡើងមានសុវត្ថិភាព" ភ្ជាប់ជាមួយនឹងគម្របការពារ ប្រហោង ដែលអាចពង្រួត ឬពន្លឺបច្ចុលក្នុងបាន ឬម្ជុល ឬមុខកាំបិតដែលទាលឬទេ?

- បាទ/ចាស 1 1 Yes
- ទេ 2 2 No
- មិនដឹង 3 3 Unknown

(បើគូស ទេ ឬ មិនដឹងសូមរំលងទៅសំណួរទី ១៣)

12. If the item causing the injury was a needle or sharp medical device, was it a " safety design" with a shielded, recessed, retractable, or blunted needle or blade?

(If No or Unknown please jump to question number 13)

12a) តើយន្តការការពារដំណើរការឬទេ?

- បាទ/ចាស ពេញលេញ 1 1 Yes, full
- បាទ/ចាសផ្នែកខ្លះ 2 2 Yes, partially
- ទេ 3 3 No
- មិនដឹង 4 4 Unknown

12a) Was the protective mechanism activated?

12b) តើការមុតបានកើតឡើង?

- មុនការបើកឱ្យដំណើរការ 1 1 Before activation
- អំឡុងពេលបើកដំណើរការ 2 2 During activation
- ក្រោយដំណើរការ 3 3 After activation
- មិនដឹង 4 4 Unknown

12b) Did the injury incident happen?

12c) ប្រភេទយន្តការប្រកបដោយសុវត្ថិភាព:

- Sliding sheath (hinged) 1 1 Sliding sheath (hinged)
- Sliding sheath (single barrel) 2 2 Sliding sheath (single barrel)
- ការពង្រួត ឬពន្លឺបច្ចុលក្នុង 3 3 Retracting
- ធ្វើឱ្យទាល/ដែលទាល 4 4 Blunting/Blunted
- ឧបករណ៍មានគន្លាក់ 5 5 Hinged arm
- ផ្សេងទៀត 6 6 Other

12c) Safety mechanism type:

13. តើឧបករណ៍នោះមានម្ជុលនៅផ្នែកទាំងសងខាងឬ (ឧ.ឧបករណ៍បូមឈាម ម្ជុលប៊ីច)?

- បាទ/ចាស 1 1 Yes
- ទេ 2 2 No
- មិនដឹង 3 3 Unknown

13. Did the device have needles on two/both ends (e.g. phlebotomy, pen needle)?

13a. ប្រសិនបើមាន តើផ្នែកខាងណាដែលបណ្តាលឱ្យមុត?

- ផ្នែកខាងអ្នកជំងឺ 1 1 Patient end
- មិនមែនខាងផ្នែកអ្នកជំងឺ ឬផ្នែកខាងបុគ្គលិក 2 2 Non-patient or 'back' end
- ទាំងផ្នែកអ្នកជំងឺ និងផ្នែកខាងបុគ្គលិក 3 3 Both patient and 'back' ends
- មិនដឹង ឬមិនពាក់ព័ន្ធ 4 4 Unknown or N/A

13a. If yes, which end caused the injury?

13b. ប្រសិនបើមាន ហើយវាជាឧបករណ៍ដែលមានសុវត្ថិភាព តើយន្តការ ការពារត្រូវបានបើកដំណើរការនៅផ្នែកទាំងសងខាងឬទេ?

- បាទ/ចាស ទាំងផ្នែកអ្នកជំងឺ និងផ្នែកខាងបុគ្គលិក 1 1 Yes, both patient end and 'back' end
- ទេ តែផ្នែកអ្នកជំងឺប៉ុណ្ណោះ 2 2 No, only patient end
- ទេ តែផ្នែកខាងបុគ្គលិកប៉ុណ្ណោះ 3 3 No, only 'back' end
- ផ្នែកទាំងសងខាងមិនត្រូវបានបើកប្រើទេ 4 4 Neither end had the protective mechanism activated
- មិនមែនជាឧបករណ៍ដែលមានម្ជុលទាំងសងខាងទេ 5 5 Was not a device with needles at both ends

13b. If yes and it was a safety engineered and device had needles at 2 ends, was the protective mechanism activated on both ends?

14. តើការមុតនេះបណ្តាលឱ្យប៉ះពាល់ទៅនឹងថ្នាំដែលមានគ្រោះថ្នាក់ (ឧ.ការព្យាបាលដោយប្រើធាតុគីមី និងការប្រឆាំងនឹងជំងឺមហារីក) ដែរឬទេ?

- បាទ/ ចាស 1 1 Yes
- ទេ 2 2 No
- មិនដឹង 3 3 Unknown

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

15. តើមុតត្រង់កន្លែងណា? (ចូរគូសយកប្រអប់តែមួយ)

- ដៃស្តាំ 1 1 Right hand
- ដៃឆ្វេង 15 15 Left hand
- ផ្សេងទៀតចូរពណ៌នា: _____ 30 30 Other, describe: _____

15. What was the location of the injury?(check one box only)

16. តើករណីមុតនេះយ៉ាងណាដែរ?

- ស្រាល (គិតត្រង់ ឬមិនហូរឈាម) 1
- មធ្យម (មុតស្បែក, មានឈាមគិតត្រង់) 2
- ធ្ងន់ធ្ងរ(មុតជ្រៅ ឬហូរឈាមច្រើន) 3

16. Was the injury?

- 1 1 Superficial (little or no bleeding)
- 2 2 Moderate (skin punctured, some bleeding)
- 3 3 Severe (deep stick/cut, or profuse bleeding)

17. ប្រសិនបើមានមុតនៅនឹងដៃ តើវត្ថុមុតស្រួចបានចាក់ធុះ?

- ស្រោមដៃមួយជាន់ 1 1 Single pair of gloves
- ស្រោមដៃពីរជាន់ 2 2 Double pair of gloves
- គ្មានស្រោមដៃ 3 3 No gloves

17. If injury was to a hand, did the sharp item penetrate?

18. តើបុគ្គលិករងរបួសនៅដៃ ខាងណា:

- ដៃស្តាំ 1 1 Right-handed
- ដៃឆ្វេង 2 2 Left-handed

18. Dominant hand of the injured worker:

19. ស្ថានភាពការងាររបស់បុគ្គលិកដែលជួបករណីមុត:

- បុគ្គលិកប្រកបវិជ្ជាជីវៈសុខាភិបាល 1
- បុគ្គលិកបណ្តោះអាសន្ន/កិច្ចសន្យា 2
- និស្សិត 3
- អ្នកស្ម័គ្រចិត្ត 4
- បុគ្គលិកមិនមែនអ្នកប្រកបវិជ្ជាជីវៈសុខាភិបាល 5
- ផ្សេងទៀត _____ 6

19. Employment status of injured worker:

- 1 1 Health Practitioners Employee
- 2 2 Temp/Contract
- 3 3 Student
- 4 4 Volunteer
- 5 5 Non-health Practitioners employee
- 6 6 Other _____

20. រៀបរាប់អំពីស្ថានភាពដែលនាំឱ្យមានករណីមុត: (សូមកត់ត្រាប្រសិនបើ ឧបករណ៍មិនដំណើរការឬខូចធ្វើឱ្យមុត):

20. Describe the circumstances leading to this injury: (please note if a device malfunction was involved):

តើមន្ទីរពេទ្យបានកត់ត្រាពីករណីមុតនេះ នៅក្នុងកំណត់ហេតុឬទេ?

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

(សម្រាប់បុគ្គលិកប្រមូលទិន្នន័យតែប៉ុណ្ណោះ)

- បាទ/ ចាស 1 1 Yes
- ទេ 2 2 No
- មិនដឹង 3 3 Unknown

ប្រសិនបើបានកត់ត្រា:

If yes

ចំនួនថ្ងៃដែលមិនបានបំពេញការងារ: _____

Days away from work

ចំនួនថ្ងៃដែលសកម្មភាពការងារត្រូវបានកម្រិត _____

Days of restricted work activity

តើការការពារជំងឺ(prophylaxis)បន្ទាប់ពីការមុតត្រូវបានផ្តល់ដែរឬទេ? (សម្រាប់បុគ្គលិកប្រមូលទិន្នន័យតែប៉ុណ្ណោះ)

Was prophylaxis provided? (for office use only)

- បាទ/ ចាស 1 1 Yes
- ទេ 2 2 No

មិនដឹង 3 3 Unknown

តើករណីមុននេះឆ្លើយតបនឹងលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យរបាយការណ៍ឧបករណ៍វេជ្ជសាស្ត្រ ឬទេ? (ឆ្លើយតប ប្រសិនបើភាពខ្វះខាតរបស់ឧបករណ៍បានបង្កឱ្យមានរបួសធ្ងន់ធ្ងរដែលចាំបាច់ឱ្យមានការព្យាបាល ឬ រក្សាជីវិត ឬមានការស្លាប់នៅក្នុងរយៈពេល 10 ថ្ងៃនៃករណីរំលងពេល?)
(សម្រាប់បុគ្គលិកប្រមូលទិន្នន័យតែប៉ុណ្ណោះ)

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.) ?
(for office use only)

- ឆ្លើយតប 1 1 Yes
មិនឆ្លើយតប 2 2 No
មិនដឹង 3 3 Unknown

ការចំណាយ:

(បំពេញក្នុងតារាង/មិនបំពេញក្នុងតារាង សម្រាប់បុគ្គលិកប្រមូលទិន្នន័យតែប៉ុណ្ណោះ)

ចំណាយលើមន្ទីរពិសោធន៍(រោគកម្រិតប្រភេទB, C និងមេរោគអដេស៍ ផ្សេងទៀត)
បុគ្គលិកថែទាំសុខភាព _____
ប្រភព _____

ការព្យាបាល/ prophylaxis (វ៉ាក់សាំង HBIG, HBV , តេតានុស ផ្សេងទៀត)
បុគ្គលិកថែទាំសុខភាព _____

ចំណាយលើថ្លៃសេវា (ថ្លៃកសិដ្ឋានបន្ទាន់ សុខភាពបុគ្គលិក ផ្សេងទៀត) _____

ថ្លៃផ្សេងទៀត (ការថែទាំ រក្សាជីវិតរបស់បុគ្គលិក ផ្សេងទៀត) _____
ម៉ោងឈប់សម្រាកដែលទទួលបានប្រាក់ឈ្នួលសរុប _____

Cost:

(optional, for office use only):

Lab charges (HBV, HCV, HIV, other)

Healthcare worker _____

Source patient _____

Treatment/Prophylaxis (HBIG, HBV vaccine, tetanus, other)

Healthcare worker _____

Service charges (Emergency Dep, Employee Health,.) _____

Other costs

Paid Time Off

Total