

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：_____年 _____月 _____日 (2) 暴觸時間：_____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)

- | | | |
|---|-------------------------------------|---|
| ☐ 1 主治醫師
專科醫師科別_____ | ☐ 6 呼吸治療師 | ☐ 13 牙科助理人員 |
| ☐ 2 住院/實習醫師
專科醫師科別_____ | ☐ 7 外科助理人員 | ☐ 14 清潔人員 |
| ☐ 3 醫學生 | ☐ 8 其他醫療從業人員 | ☐ 19 洗衣房工作人員 |
| ☐ 4 護理人員 | ☐ 9 靜脈小組人員 | ☐ 20 警衛 |
| ☐ 5 實習護士 | ☐ 10 檢驗人員 | ☐ 16 緊急救護人員 |
| | ☐ 11 技術人員 | ☐ 17 其他學生 |
| | ☐ 12 牙醫師 | ☐ 15 其他，請描述_____ |

(6) 暴觸發生地點：(僅請勾選一項)

- | | | |
|--|--|---|
| ☐ 1 病房 | ☐ 7 血庫 | ☐ 13 物流單位(洗衣房、供應中心、污物間等) |
| ☐ 2 病房外(走廊/護理站) | ☐ 8 抽血中心 | ☐ 16 產房 |
| ☐ 3 急診室 | ☐ 9 血液透析室 | ☐ 17 居家護理 |
| ☐ 4 加護病房科別_____ | ☐ 10 檢查室(X光室/腦波室) | ☐ 14 其他，請描述_____ |
| ☐ 5 開刀房/恢復室 | ☐ 11 檢驗室 | |
| ☐ 6 門診 | ☐ 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)

- | | | | | |
|-----------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|-------------------------------|----------------------------------|
| ☐ 血液或其相關製品 | ☐ 痰液 | ☐ 腦脊髓液 | ☐ 肋膜腔液 | ☐ 尿液 |
| ☐ 嘔吐物 | ☐ 唾液 | ☐ 腹腔液 | ☐ 羊水 | ☐ 其他_____ |

該體液是否受到血液的污染？

- | | | |
|------------------------------|------------------------------|--------------------------------|
| ☐ 1 是 | ☐ 2 否 | ☐ 3 不知道 |
|------------------------------|------------------------------|--------------------------------|

(9) 暴觸部位為：(可複選)

- | | | |
|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|
| ☐ 完整的皮膚 | ☐ 眼(結膜) | ☐ 口腔(黏膜) |
| ☐ 受損的皮膚 | ☐ 鼻(黏膜) | ☐ 其他，請描述_____ |

(10) 血液/體液是否：(可複選)

- | | |
|--------------------------------------|-----------------------------------|
| ☐ 接觸未保護的皮膚 | ☐ 滲透隔離或防護衣 |
| ☐ 接觸防護衣空隙間的皮膚 | ☐ 滲透衣物 |

(11) 事故發生時是否穿戴保護用具：(可複選)

- | | | |
|------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------|
| ☐ 單副手套 | ☐ 有側面防護罩的眼鏡 | ☐ 塑膠圍裙 |
| ☐ 雙副手套 | ☐ 護面罩 | ☐ 實驗室工作服(非防護衣) |
| ☐ 護目鏡 | ☐ 外科手術用口罩 | ☐ 其他工作服 |
| ☐ 眼鏡(無保護功能) | ☐ 外科手術服 | ☐ 其他，請描述_____ |

(12) 暴觸的原因是：(僅請勾選一項)

- | | |
|--|--|
| ☐ 1 直接接觸病人 | ☐ 5 其他體液容器噴濺/滲漏 |
| ☐ 2 樣本容器滲漏/外溢 | ☐ 6 接觸污染設備/表面 |
| ☐ 3 樣本容器破損 | ☐ 7 接觸污染布簾/床單/手術衣 |
| ☐ 4 靜脈輸液管/袋/唧筒 滲漏/破損 | ☐ 8 不知道 |
| ☐ 10 鼻胃管/蛇型管/其他 導管滑脫/滲漏 | ☐ 9 其他，請描述_____ |

/外濺 請具體說明為何種管類_____

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）

☐ 少量（不超過 5cc 或一茶匙）

☐ 中量（不超過 50cc 或四分之一杯）

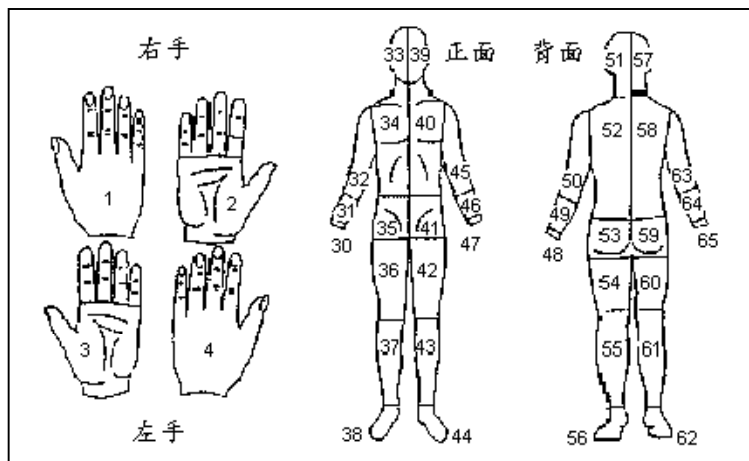
☐ 大量（超過 50cc）

(15) 暴觸位置：請在下方空格處，填寫暴觸區域之編號

暴觸量最大的區域：_____

暴觸量中度的區域：_____

暴觸量最少的區域：_____



(16) 請描述引起暴觸的情況（若是與設備發生故障相關請註明）：

(17) 請問受暴觸的醫療人員，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	
H I V	Anti-H I V	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		
C 型肝炎	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	
	Anti-HCV 檢驗 1	陽性 陰性 未檢驗	_____
	Anti-HCV 檢驗 2	陽性 陰性 未檢驗	_____
HIV	Anti-HCV 檢驗 3	陽性 陰性 未檢驗	_____
	Anti-HCV 檢驗 4	陽性 陰性 未檢驗	_____
	Anti-HIV 檢驗 1	陽性 陰性 未檢驗	_____
	Anti-HIV 檢驗 2	陽性 陰性 未檢驗	_____
梅毒	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： _____
