

Blood and Body Fluid Exposure Report

血液和體液暴露事件報告單

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) 暴露日期：____ (2) 暴露時間：____

(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) 暴露發生地點？(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) 暴露於那種體液？(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？

- | | | |
|----------------------------|----------------------------|------------------------------|
| ☐ 是 | ☐ 否 | ☐ 不知道 |
|----------------------------|----------------------------|------------------------------|

(9) 暴露部位為：(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) 暴露的原因是：(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）

☐ 1 少量（不超過5cc或

一茶匙

☐ 2 中量（不超過50cc或

四分之一杯

☐ 3 大量（超過50cc）

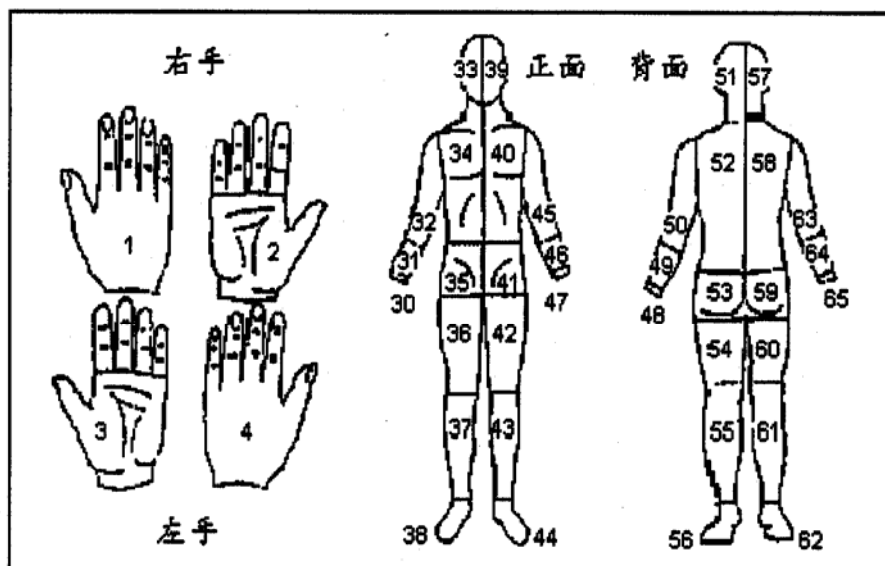
(15) 暴露位置：

請在下方空格處，填寫暴露區域之編號

暴露量最大的區域：_____

暴露量中度的區域：_____

暴露量最少的區域：_____



(16) 請描述引起暴露的情況（若是與設備發生故障相關請註明）：

(17) 請問受暴露的醫療人員，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