

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. មន្ទីរសម្ភព 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 បំពង់ក ENT Clinic
- ☐ 11. មន្ទីរសម្រាកព្យាបាលជំងឺស្បែក 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 បំពង់ក ENT Cabinet
- ☐ 19. បន្ទប់ពិគ្រោះព្យាបាលជំងឺស្បែក 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)

បញ្ជាក់ឯកទេស _____

វេជ្ជបណ្ឌិត/គ្រូពេទ្យ

និស្សិតផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ

1

☐

1

Specialist Doctor (attending/staff);
specify specialty_____

2

☐

2

Doctor/ Physician's assistant

3

☐

3

Medical student

4. What is the job category of the exposed worker?

(check one box only)

- ☐ 1 បរិញ្ញាបត្រ បញ្ជាក់ $\Leftarrow$ គិលានុបដ្ឋាករ 4 ☐ 4 Nurse $\Rightarrow$ ☐ 1 BSN
☐ 2 បរិញ្ញាបត្ររង ☐ 2 ADN
☐ 3 បឋម ☐ 3 Primary Nurse
☐ 4 គិលានុបដ្ឋាករឯកទេស បញ្ជាក់ ☐ 4 Certified Nurse Practitioner

- និស្សិតគិលានុបដ្ឋាករ 5 ☐ 5 Nursing student
☐ 1 បរិញ្ញាបត្រ បញ្ជាក់ $\Leftarrow$ ឆ្នប 21 ☐ 21 Midwife $\Rightarrow$ ☐ 1 BSM
☐ 2 បរិញ្ញាបត្ររង ☐ 2 ADM
☐ 3 បឋម ☐ 3 Primary Midwife

- និស្សិតឆ្នប 22 ☐ 22 Midwifery student
 បុគ្គលិកផ្នែកវះកាត់ 7 ☐ 7 Surgery tech/attendant
 បុគ្គលិកផ្នែកមន្ទីរពិសោធន៍វេជ្ជសាស្ត្រ 10 ☐ 10 Clinical laboratory worker
 ទន្តពេទ្យ 12 ☐ 12 Dentist
 ទន្តគិលានុបដ្ឋាករ 13 ☐ 13 Dental hygienist
 បុគ្គលិកផ្នែកសម្អាត 14 ☐ 14 EVS/Housekeeper
 បុគ្គលិកផ្នែកបោកគក់ 19 ☐ 19 Laundry worker
 សន្តិសុខ 20 ☐ 20 Security
 បុគ្គលិកផ្នែកសង្គ្រោះបន្ទាន់ 16 ☐ 16 EMT/Paramedic/First Responder
 និស្សិតផ្សេងទៀត 17 ☐ 17 Other students
 ផ្សេងទៀត បរិយាយ៖ _____ 15 ☐ 15 Other, describe: _____

5. តើការប៉ះពាល់កើតឡើងនៅទីណា? (ជ្រើសតែមួយប្រអប់ប៉ុណ្ណោះ)

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

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

6. តើស្គាល់អត្តសញ្ញាណអ្នកជំងឺទេ? (ជ្រើសតែមួយប្រអប់ប៉ុណ្ណោះ)

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

- បាទ 1 ☐ 1 Yes
 មិនមាន 2 ☐ 2 No
 មិនដឹង 3 ☐ 3 Unknown
 មិនអាចកំណត់បាន 4 ☐ 4 Not applicable

7. តើអ្នកប៉ះពាល់សារធាតុរាវប្រភេទណាបស់អ្នកជំងឺ? (ជ្រើសទាំងអស់ដែលត្រឹមត្រូវ?)

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

- ឈាម ឬផលិតផលឈាម ☐ Blood or blood products
 កំអួត ☐ Vomit
 កំហាក ☐ Sputum
 ទឹកមាត់ ☐ Saliva
 ទឹកខួរឆ្អឹងខ្នង ☐ CSF
 ទឹកស្រាមពោះ ☐ Peritoneal fluid

GIZ Cambodia Ministry of Health BBraun

ហាមថតចម្លង ឬកែប្រែទម្រង់ EPINet® for Access® ដោយគ្មានការអនុញ្ញាតជាមុនពី International Safety Center

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. តើផ្នែកណាមួយនៃរាងកាយរបស់បុគ្គលិកដែលប្រឈម ក្នុង?

(ជ្រើសទាំងអស់ដែលត្រឹមត្រូវ?)

- ស្បែកធម្មតាដែលមិនមានការដាច់រលាក មុត រលូស
- ស្បែកដែលមានការដាច់រលាក មុត រលូស
- 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?)

- ស្រោមដៃកៅស៊ូ Latex/Vinyl/Nitrileមួយជាន់
- ស្រោមដៃកៅស៊ូ/Latex/Vinyl/Nitrileពីរជាន់
- វ៉ែនតា (មិនមែនប្រភេទការពារ)
- វ៉ែនតាមានរបាំងចំហៀង
- ឧបករណ៍ការពារភ្នែក/វ៉ែនតាការពារ
- របាំងការពារមុខ
- ម៉ាស់ពាក់ពេលវះកាត់
- ឧបករណ៍ការពារផ្លូវដង្ហើម
- អាវុធវែង វះកាត់ អ៊ីសូឡង់ ការពារជាតិគីមី
- អៀមផ្លាស្ទិក
- អាវុធពីសោធន៍/អាវុធពីក្រៅ (មិនមែនសំលៀកបំពាក់ ក៏ការពារ)
- អាវុធពីក្រៅ/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 (ការស្ដោះទឹកមាត់/ការខាំ/ការក្អក្អាយ) _____

ប្រដាប់ដាក់សំណាកឆ្លាយ/ជ្រាបទឹក _____

ប្រដាប់ដាក់សំណាកបែក _____

ទុយោស្វ័យ/ថង់/ Pump លេច/បែក _____

ទុយោបញ្ចូលអាហារ/ទុយោបញ្ចូលខ្យល់/ទុយោ ផ្សេងទៀតព្រែក ឃ្លាតគ្នា/ ជ្រាបទឹក/ខ្ចីតទឹក _____

បញ្ជាក់ការដាក់ទុយោ៖ _____

ប្រដាប់ដាក់ផ្សេងទៀតដែលសាធាតុរាវក្នុងរាង _____

កាយបានកំពប់/ជ្រាបទឹក _____

បានប៉ះឧបករណ៍/ផ្ទៃដែលប្រឡាក់ _____

បានប៉ះក្រណាត់/ក្រដាស/អាវជំងឺរាង _____

មិនដឹង _____

ផ្សេងទៀត បរិយាយ៖ _____

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

បាទ/ ចាស 1

ទេ 2

មិនដឹង 3

☐ 1 Yes

☐ 2 No

☐ 3 Unknown

11b. ប្រសិនបើឧបករណ៍ប្រើការមិនបាន សូមបញ្ជាក់៖

ប្រភេទឧបករណ៍ _____

ក្រុមហ៊ុនផលិត _____

11b. If equipment failure, please specify

Equipment type _____

Manufacturer _____

12. តើឈាម ឬសារធាតុរាវក្នុងរាងកាយប៉ះជាមួយស្បែក ឬភ្នាសស្ដើងនៃស្បែករយៈពេលប៉ុន្មាន? (ជ្រើសតែមួយប្រអប់ប៉ុណ្ណោះ)

តិចជាង 5 នាទី 1

5-14 នាទី 2

15 នាទីទៅ 1 ម៉ោង 3

ច្រើនជាង 1 ម៉ោង 4

មិនដឹង 5

☐ 1 Less than 5 minutes

☐ 2 5-14 minutes

☐ 3 15 minutes to 1 hour

☐ 4 More than 1 hour

☐ 5 Unknown

13. តើឈាម/សារធាតុរាវក្នុងរាងកាយប៉ះជាមួយស្បែក ឬភ្នាសស្ដើង នៃស្បែកក្នុងបរិមាណប៉ុន្មាន? (ជ្រើសតែមួយប្រអប់ប៉ុណ្ណោះ)

បរិមាណទាប (រហូតដល់ 5 ml ឬរហូតដល់ 1 ស្លាបព្រាកាហ្វេ) _____

បរិមាណមធ្យម (រហូតដល់ 50 ml ឬរហូតមួយភាគបួននៃពែង) _____

បរិមាណច្រើន (ច្រើនជាង 50 ml) _____

☐ 1 Small amount (up to 5 ml, or up to 1 teaspoon)

☐ 2 Moderate amount (up to 50 ml, or up to quarter cup)

☐ 3 Large amount (more than 50 ml)

14. ទីតាំងដែលប៉ះពាល់៖

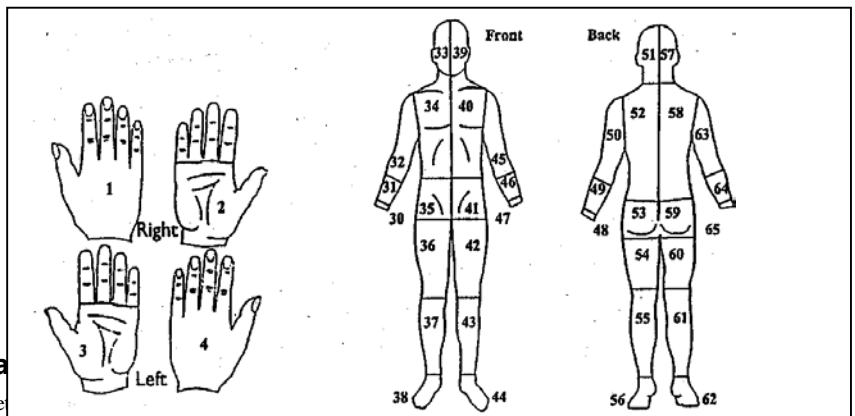
សរសេរលេខទីតាំងរហូតដល់បីផ្នែកនៃរាងកាយដែលប៉ះពាល់ក្នុងចន្លោះខាងក្រោម

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
បុគ្គលិកបណ្តោះអាសន្ន/កិច្ចសន្យា 2
និស្សិត 3
អ្នកស្ម័គ្រចិត្ត 4
បុគ្គលិកមិនមែនប្រកបវិជ្ជាជីវៈសុខាភិបាល 5
ផ្សេងទៀត _____ 6

15. Employment status of exposed worker:

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

16. រៀបរាប់អំពីស្ថានភាពដែលនាំឱ្យមានករណីប៉ះពាល់:
(សូមកត់ត្រាប្រសិនបើឧបករណ៍មិនដំណើរការឬខូចធ្វើឱ្យប៉ះពាល់)

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

តើមន្ទីរពេទ្យបានកត់ត្រាពីករណីប៉ះពាល់នេះ នៅក្នុងកំណត់ហេតុ? (សម្រាប់បុគ្គលិកប្រមូលទិន្នន័យតែប៉ុណ្ណោះ)

- បាទ/ ចាស 1
ទេ 2
មិនដឹង 3

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

- 1 Yes
2 No
3 Unknown

ប្រសិនបើបានកត់ត្រា៖
ចំនួនថ្ងៃដែលមិនបានបំពេញការងារ៖ _____
ចំនួនថ្ងៃដែលសកម្មភាពការងារត្រូវបានកម្រិត _____

If yes
Days away from work
Days of restricted work activity

តើការការពារជំងឺ(prophylaxis)បន្ទាប់ពីការប៉ះពាល់ត្រូវបានផ្តល់ដែរឬទេ? (សម្រាប់បុគ្គលិកប្រមូលទិន្នន័យតែប៉ុណ្ណោះ)

- បាទ/ ចាស 1
ទេ 2
មិនដឹង 3

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

- 1 Yes
2 No
3 Unknown

តើករណីប៉ះពាល់នេះឆ្លើយតបនឹងលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យរបាយការណ៍ឧបករណ៍

វេជ្ជសាស្ត្រ ឬទេ? (ឆ្លើយតប ប្រសិនបើភាពខ្វះខាតរបស់ឧបករណ៍បានបង្កឱ្យមានរបួសធ្ងន់ធ្ងរដែលចាំបាច់ឱ្យមានការព្យាបាលឬវះកាត់ ឬមានការស្លាប់នៅក្នុងរយៈពេល 10 ថ្ងៃនៃករណីប៉ះពាល់)
(សម្រាប់បុគ្គលិកប្រមូលទិន្នន័យតែប៉ុណ្ណោះ)

- ឆ្លើយតប 1
មិនឆ្លើយតប 2
មិនដឹង 3

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)

- 1 Yes
2 No
3 Unknown

ការចំណាយ:

(បំពេញបាន/មិនបំពេញបាន សម្រាប់បុគ្គលិកប្រមូលទិន្នន័យតែប៉ុណ្ណោះ)

ចំណាយលើមន្ទីរពិសោធន៍(រលាកឆ្អឹងប្រភេទB, C និងមេរោគអេដស៍ ផ្សេងទៀត)

បុគ្គលិកថែទាំសុខភាព _____

Cost: (optional, for office use only):

Lab charges (HBV, HCV, HIV, other)

Healthcare worker

GIZ Cambodia Ministry of Health BBraun

ហាមថតចម្លង ឬកែប្រែទម្រង់ EPINet® for Access® ដោយគ្មានការអនុញ្ញាតជាមុនពី International Safety Center

ប្រភព	_____	Source patient
ការព្យាបាល/ prophylaxis (វ៉ាក់សាំង HBIG, HBV , តេតាណុស ផ្សេងទៀត)	_____	Treatment/Prophylaxis (HBIG, HBV vaccine, tetanus, other)
បុគ្គលិកថែទាំសុខភាព	_____	Healthcare worker
ចំណាយលើថ្លៃសេវា (ផ្នែកសង្គ្រោះបន្ទាន់ សុខភាពបុគ្គលិក ផ្សេងទៀត)	_____	Service charges (Emergency Dep, Employee Health,,)
ថ្លៃផ្សេងទៀត (ការថែទាំ វះកាត់របស់បុគ្គលិក ផ្សេងទៀត)	_____	Other costs
ម៉ោងឈប់សម្រាកដែលទទួលបានប្រាក់ឈ្នួល	_____	Paid Time Off
សរុប	_____	Total