

發文方式：郵寄

檔 號：

保存年限：

彰化縣衛生局 函

地址：50049彰化市中山路2段162號
承辦人：宋曼麗
電話：04-7115141分機5107
傳真：04-7115748
電子信箱：li80229@mail.chshb.gov.tw

500
彰化市南郭路1段63號5樓

受文者：彰化縣醫師公會

發文日期：中華民國109年3月18日

發文字號：彰衛疾字第1090013438號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：彰化縣醫事、警消等人員因執行職務意外暴露愛滋病毒之處理流程乙份

主旨：檢送本局109年3月12日增列修訂「醫事、警消等人員因執行職務意外暴露愛滋病毒之處理流程」乙份（如附件），請查照。

說明：

- 一、依據本局109年3月6日彰衛疾字第1090011396號函諒達。
- 二、旨揭流程增列定期追蹤愛滋病毒抗體檢驗結果：2. 若使用抗原/抗體複合型檢驗(combo test):於6週及3-4個月各追蹤1次，若3-4個月後追蹤結果為陰性，即可排除感染之虞。

正本：彰化縣警察局、彰化縣消防局、衛生福利部彰化醫院、彰化基督教醫療財團法人彰化基督教醫院、彰化基督教醫療財團法人彰化基督教兒童醫院、秀傳醫療社團法人秀傳紀念醫院、信生醫院、順安醫院、冠華醫院、成美醫院、漢銘醫院、明德醫院、彰化基督教醫療財團法人鹿港基督教醫院、秀傳醫療財團法人彰濱秀傳紀念醫院、道周醫療社團法人道周醫院、伸港忠孝醫院、彰化基督教醫療財團法人員林基督教醫院、惠來醫療社團法人宏仁醫院、員榮醫療社團法人員榮醫院、員林何醫院、敦仁醫院、員生醫院、皓生醫院、道安醫院、員林郭醫院大村分院、仁和醫院、建元醫院、卓醫院、南星醫院、洪宗鄰醫療社團法人洪宗鄰醫院、彰化基督教醫療財團法人二林基督教醫院、宋志懿醫院、彰化縣診所協會、彰化縣醫師公會、彰化縣牙醫師公會、彰化縣中醫師公會、彰化縣護理師護士公會

副本：衛生福利部疾病管制署、本局疾病管制科

局長 葉彥伯

如 擬

擬公布網站

張 3/20

彰化縣醫師公會
收文日期: 109. 3. 20
收文字號: 彰醫字第 333 號

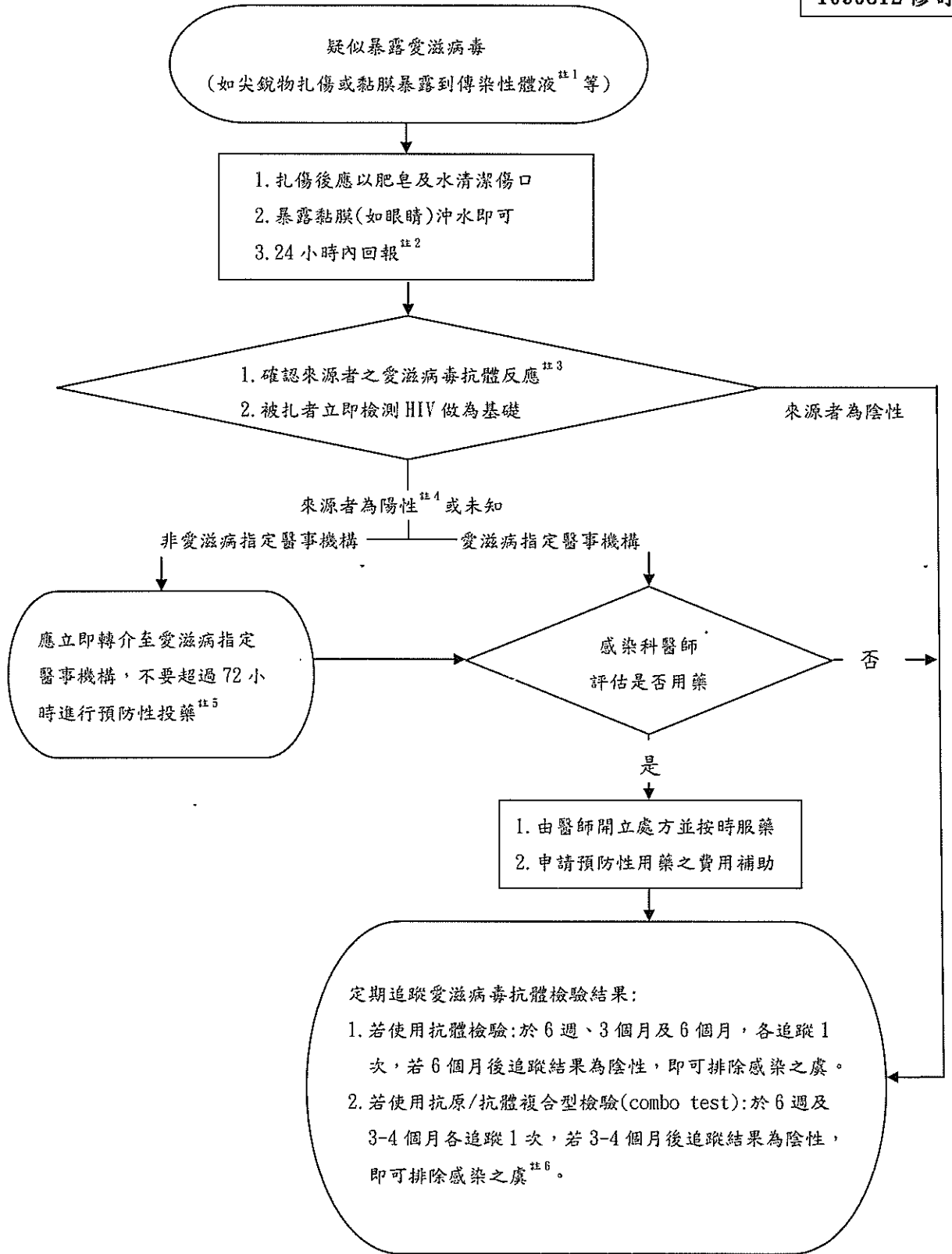
第1頁 共1頁

連 3/26

董培都

彰化縣醫事、警消等人員因執行職務意外暴露愛滋病毒之處理流程

1090312 修訂



- 註 1:傳染性體液之種類，如血液、精液、陰道分泌物、直腸分泌物、乳汁或任何眼見帶有血液的體液。
- 註 2:於發生暴露後 24 小時內向工作單位通報，並於 1 週內將「醫事、警消等人員因執行職務意外暴露愛滋病毒通報單」(附件 1)送至衛生局備查(附件 2)。
- 註 3:採檢時，應顧及來源者之隱私，以不具名方式採檢。
- 註 4:倘來源者以不具名篩檢結果為陽性，後續依匿篩作業流程進行篩檢後諮商作業。
- 註 5:預防性投藥要愈早愈好，應立即轉介至愛滋病指定醫事機構(附件 2)，不要超過 72 小時。若已超過 72 小時，但經醫師評估仍有預防性投藥之必要，亦可投藥，惟超過 7 天則無預防效果。
- 註 6:若使用愛滋病毒抗原/抗體複合型檢驗(Combo test)，追蹤時程為暴露時基礎值(起始點)、暴露後 6 週及 3-4 個月各追蹤 1 次，若 3-4 個月後追蹤結果為陰性，即可排除感染之虞。

醫事、警消等人員因執行職務意外暴露愛滋病毒通報單

附件 1

填表單位		填表日期	年 月 日	編號	
基本資料	一、姓名 _____ 職稱 _____ 單位別/電話 _____ / 性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 出生日期 _____ 服務年資 _____ 二、污染來源： <input type="checkbox"/> 來源不明 <input type="checkbox"/> 其他 _____				
發生時間	年 月 日	時 分	發生地點	<input type="checkbox"/> 職場內： _____ <input type="checkbox"/> 職場外： _____	污染種類 <input type="checkbox"/> 一般注射針器 <input type="checkbox"/> 頭皮針 <input type="checkbox"/> 縫針、刀片 <input type="checkbox"/> 靜脈留置針 <input type="checkbox"/> 血糖測試針 <input type="checkbox"/> 採血尖銳物 <input type="checkbox"/> 外科器械 <input type="checkbox"/> 玻璃片 <input type="checkbox"/> 血液 <input type="checkbox"/> 其他： _____
事件類別	當時情況	<input type="checkbox"/> 針頭回套未對準或戳破 <input type="checkbox"/> 清理或清除用物時 <input type="checkbox"/> 針頭彎曲或折斷 <input type="checkbox"/> 廢棄針頭收集盒過滿扎傷 <input type="checkbox"/> 尖銳針器隱藏其他物品中 <input type="checkbox"/> 注射/加藥時 <input type="checkbox"/> 病人躁動 <input type="checkbox"/> 解開器具配備時/清洗用物時 <input type="checkbox"/> 尖銳針器突然掉落 <input type="checkbox"/> 暴露病人血液中 <input type="checkbox"/> 抽血時 <input type="checkbox"/> 手術中 <input type="checkbox"/> 其他： _____			
	行政管理	<input type="checkbox"/> 工作人員管理問題 <input type="checkbox"/> 環境設備管理問題 <input type="checkbox"/> 作業流程設計問題 <input type="checkbox"/> 其他，說明 _____			
發生原因	<input type="checkbox"/> 環境傷害因素 <input type="checkbox"/> 設施/設備因素 <input type="checkbox"/> 人為疏失 <input type="checkbox"/> 技術不良 <input type="checkbox"/> 其他因素 _____				
發生經過	※描述事發經過： 扎傷部位及深度(敘述)： 扎傷物品已污染： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 未知 扎傷次數： <input type="checkbox"/> 首次 <input type="checkbox"/> 曾扎傷過，第 _____ 次 工作中戴手套： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 感染源是否為 HIV 高危險群： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 未知				
處理過程	立即通知： <input type="checkbox"/> 直屬主管 _____ <input type="checkbox"/> 其他相關科室 _____ 立即處理： <input type="checkbox"/> 扎傷處緊急處理 <input type="checkbox"/> 流動的水沖洗 <input type="checkbox"/> 消毒 <input type="checkbox"/> 包紮 <input type="checkbox"/> 暴露黏膜大量沖水 <input type="checkbox"/> 收集感染源現有檢驗資料及採集感染源血液 後續處理： <input type="checkbox"/> 於醫院 _____ 科掛號看診；是否進行暴露愛滋病毒後預防性投藥： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 通報勞安室 <input type="checkbox"/> 其它： _____ 證明人： <input type="checkbox"/> 直屬主管 _____ <input type="checkbox"/> 其他人員 _____				

備註：請於發生暴露後 24 小時內向工作單位通報，以利儘快預防性投藥，且不論來源者是否以具名或不具名方式檢驗 HIV，均應於一週內將本通報單傳真至彰化衛生局(傳真號碼：04-7115748)備查。

彰化縣愛滋病指定醫事機構

附件 2

醫事機構	電話
彰化基督教醫療財團法人彰化基督教醫院	04-7238595
彰化基督教醫療財團法人員林基督教醫院	04-8381456
秀傳醫療社團法人秀傳紀念醫院	04-7256166
秀傳醫療社團法人彰濱秀傳醫院	04-7813888
衛生福利部彰化醫院	04-8298686

彰化縣衛生局愛滋聯繫窗口

承辦人	連絡電話
宋曼麗	04-7115141 分機 5107 04-7114560 0937-794709

補助費用申請注意事項

- 一、 依據「人類免疫缺乏病毒傳染防治及感染者權益保障條例」辦理。
- 二、 符合費用補助對象，且經醫師評估須進行暴露愛滋病毒後預防性投藥者，由疾病管制署全額補助暴露愛滋病毒後預防性投藥之醫療處置費用（含愛滋病毒檢驗、愛滋預防性投藥、診察費、藥事服務費及掛號費等）。
- 三、 工作單位應於暴露事件發生後，1 週內將「醫事、警消等人員因執行職務意外暴露愛滋病毒通報單」（附件 1）送本局備查，以利提供諮詢及輔導。
- 四、 暴露者依醫囑服完藥後(事發後 7 個月內)，暴露者之工作單位應協助儘速函具下列資料，送本局進行預防性投藥之相關醫療處置費用補助之初審，再由本局函送至疾管署所轄各區管制中心進行複審。
 - (一) 申請單位之領據(撥款機關或撥款人抬頭為「衛生福利部疾病管制署」及工作單位匯款帳號)。
 - (二) 醫療費用收據正本。
 - (三) 病歷摘要。
 - (四) 醫事、警消等人員因執行職務意外暴露愛滋病毒通報單(附件 1)。
 - (五) 針扎血液追蹤紀錄(附件 4)。

針扎血液追蹤紀錄

附件 4

受扎者姓名					員工代碼	
檢驗報告	感染源	受扎者				備註
		扎傷時	6週	3個月	6個月	
HBsAg						
Anti-HBs						
Anti-HCV						
Anti-HIV						若使用愛滋病毒抗原/抗體複合型檢驗(Combo test)追蹤若3-4個月後追蹤結果為陰性，即可排除感染之虞。
RPR/VDRL						
SGOT(AST)						感染來源為HCV陽性時檢測
SGPT (ALT)						感染來源為HCV陽性時檢測
<p>服用之抗人類免疫缺乏病毒藥品預防性藥物處方：</p> <p>實際服藥天數：</p> <p>(實際服藥天數不足28天之原因：<input type="checkbox"/>病人自行停藥<input type="checkbox"/>因副作用經與醫師討論後停藥<input type="checkbox"/>醫囑開藥未達28天，請說明原因_____</p> <p><input type="checkbox"/>其他，請說明原因_____</p> <p>服藥後之副作用：</p> <p>其它追蹤說明：</p>						

備註：本文件依衛生福利部疾病管制署「扎傷及血液、體液暴觸之感染控制措施指引」附件修訂。