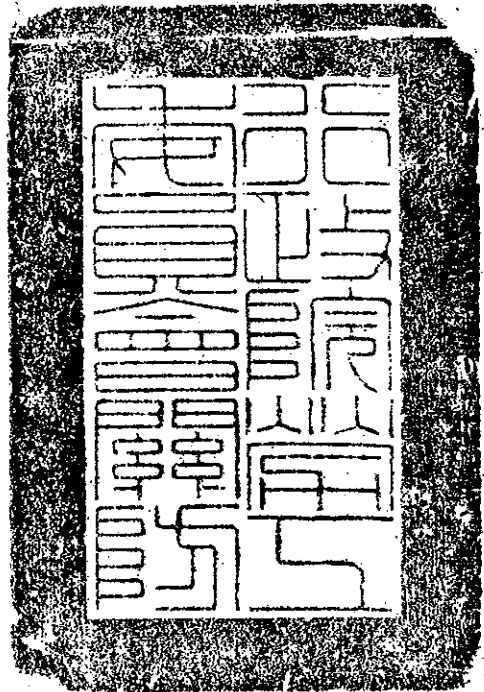


檔 號：

保存年限：

行政院勞工委員會 公告

發文日期：中華民國99年10月26日
發文字號：勞安3字第0990146383號
附件：如文



主旨：公告「勞工安全衛生設施規則」第二百九十七條之二第二項扎傷事故，指定應通報之事業單位、期限、方式及格式，並自中華民國一百年一月一日施行。

依據：勞工安全衛生設施規則第二百九十七條之二。

公告事項：

- 一、指定應通報之事業單位：行政院衛生署醫院評鑑等級為醫學中心及全國公立醫院。
- 二、通報期限：每月十日前通報前一個月遭針具或尖銳物品扎傷事故之資料。
- 三、通報方式：以本會勞工安全衛生研究所建置之中文版EPINet (Exposure Prevention Information Network) 通報系統為通報之方式，可選擇使用單機版或線上通報之方式（二擇一），通報網址：<http://114.32.208.58/EPINET/hospmag/hosplogon.asp>。
- 四、通報格式：可選擇使用原始版或簡易版。（格式如附）

主任委員 王如玄

針頭和銳物扎傷事件報告單(原始版)

中文版
EPINet
EXPOSURE PREVENTION
INFORMATION NETWORK

姓名：_____ 病歷號：_____ 到職日：_____

事件編號：S_____ 醫療院所編號：_____ 填表人：_____

(1) 扎傷日期：□□□□ □□□□ (2) 扎傷時間：□□□□

(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)

- | | | |
|--|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 1 主治醫師
專科醫師科別 _____ | <input type="checkbox"/> 6 呼吸治療師 | <input type="checkbox"/> 13 牙科助理人員 |
| <input type="checkbox"/> 2 住院/實習醫師
專科醫師科別 _____ | <input type="checkbox"/> 7 外科助理人員 | <input type="checkbox"/> 14 清潔人員 |
| <input type="checkbox"/> 3 醫學生 | <input type="checkbox"/> 8 其他醫療從業人員 | <input type="checkbox"/> 19 洗衣房工作人員 |
| <input type="checkbox"/> 4 護理人員 | <input type="checkbox"/> 9 靜脈小組人員 | <input type="checkbox"/> 20 警衛 |
| <input type="checkbox"/> 5 實習護士 | <input type="checkbox"/> 10 檢驗人員 | <input type="checkbox"/> 16 緊急救護人員 |
| <input type="checkbox"/> 21 專科護理師 | <input type="checkbox"/> 11 技術人員 | <input type="checkbox"/> 17 其他學生 |
| | <input type="checkbox"/> 12 牙醫師 | <input type="checkbox"/> 15 其他，請描述 _____ |
| | <input type="checkbox"/> 22 實習醫技人員 | |

(6) 扎傷發生地點？(僅請勾選一項)

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1 病房 | <input type="checkbox"/> 7 血庫 | <input type="checkbox"/> 13 物流單位(洗衣房、供應中心、污物間等) |
| <input type="checkbox"/> 2 病房外(走廊/護理站) | <input type="checkbox"/> 8 抽血中心 | <input type="checkbox"/> 16 產房 |
| <input type="checkbox"/> 3 急診室 | <input type="checkbox"/> 9 血液透析室 | <input type="checkbox"/> 17 居家護理 |
| <input type="checkbox"/> 4 加護病房科別 _____ | <input type="checkbox"/> 10 檢查室(X光室/腦波室) | <input type="checkbox"/> 18 隔離病房 |
| <input type="checkbox"/> 5 開刀房/恢復室 | <input type="checkbox"/> 11 檢驗室 | <input type="checkbox"/> 19 牙科 |
| <input type="checkbox"/> 6 門診 | <input type="checkbox"/> 12 解剖/病理室 | <input type="checkbox"/> 14 其他，請描述 _____ |

(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) 是否為針頭或銳物的原始使用者？(僅請勾選一項)

- 1 是 2 否 3 不知道 4 不適用

(9) 針頭或銳物是否？(僅請勾選一項)

- 1 受污染(器械已被病人暴露或污染) → 是否可見血液？ 是
- 2 無污染(器械沒有被病人暴露或污染) 否
- 3 不知道

(10) 針頭或銳物的原始用途？(僅請勾選一項)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1 不知道/不適用 | <input type="checkbox"/> 9 採取體液或組織樣本(尿液/腦脊髓液/羊水/其他體液、組織) |
| <input type="checkbox"/> 2 肌肉/皮下注射或其他侵入性之注射 | <input type="checkbox"/> 10 指尖/腳跟採血 |
| <input type="checkbox"/> 3 抗凝血劑或生理食鹽水沖洗 | <input type="checkbox"/> 11 縫合 |
| <input type="checkbox"/> 4 由靜脈留置針/port處注射或抽取 | <input type="checkbox"/> 12 手術過程中之切割 |
| <input type="checkbox"/> 5 連接靜脈輸液管(短暫型/留置針/其他靜脈輸液連接管) | <input type="checkbox"/> 17 鑽孔 |
| <input type="checkbox"/> 6 開始接上IV或抗凝血劑lock(靜脈留置針) | <input type="checkbox"/> 13 電燒 |
| <input type="checkbox"/> 7 抽取靜脈血樣本 | <input type="checkbox"/> 14 注入樣本或藥物至玻璃容器內 |
| <input type="checkbox"/> 8 抽取動脈血樣本 | <input type="checkbox"/> 15 其他，請描述 _____ |
| <input type="checkbox"/> 16 放置動脈/中心靜脈導管 | |

如果是因抽取血液樣本而扎傷，請問是採用那一種抽取方式？ 直接穿刺 經由管路

(11) 扎傷發生於？(僅請勾選一項)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1 使用針頭或銳物之前(設備破損、滑脫、組裝等) | <input type="checkbox"/> 10 將針頭或銳物放入銳物收集盒時 |
| <input type="checkbox"/> 2 使用針頭或銳物之間(設備滑脫，病人晃動掙扎等) | <input type="checkbox"/> 11 被已丟棄於銳物收集盒之突出的針頭或銳物扎傷 |
| <input type="checkbox"/> 3 治療過程中某項步驟(注射過程之間，遞送器械等) | <input type="checkbox"/> 12 被刺穿銳物收集盒的銳物扎傷 |
| <input type="checkbox"/> 4 拆卸設備或器械時 | <input type="checkbox"/> 13 被已丟棄於垃圾袋/分類錯誤的垃圾桶所突出的銳物扎傷 |
| <input type="checkbox"/> 5 準備再次使用重覆式之器具(可消毒、滅菌類的等) | <input type="checkbox"/> 14 其他，請描述 _____ |
| <input type="checkbox"/> 6 將已使用過的針頭重新套上針帽 | <input type="checkbox"/> 15 遇躁動病患或約束病人 |
| <input type="checkbox"/> 7 從橡皮或其他阻體中拔出針頭(橡皮塞、IV port等) | <input type="checkbox"/> 16 被遺留在地板、桌子、病床或其他不適當放置處的針頭或銳物扎傷 |
| <input type="checkbox"/> 8 使用後，處理前(運送廢棄物、清洗或垃圾分類等) | |
| <input type="checkbox"/> 9 被隨意遺棄或廢棄盒旁的銳物扎傷 | |

(12) 引起扎傷的針頭或銳物種類？(僅請勾選一項)

- 空心針頭 外科器械 玻璃製品

由那一種針頭或銳物所扎傷？(請在1-79項中勾選一項)

針頭：(縫合針請見外科器械)

- | | | |
|--|-----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 1 拋棄式注射器 | <input type="checkbox"/> e 22G 針頭 | <input type="checkbox"/> 7 靜脈留置針 |
| <input type="checkbox"/> a 胰島素針頭 | <input type="checkbox"/> f 21G 針頭 | <input type="checkbox"/> 8 真空採血管/針 |
| <input type="checkbox"/> b 結核菌素針頭 | <input type="checkbox"/> g 20G 針頭 | <input type="checkbox"/> 9 硬膜外或脊髓麻醉針 |
| <input type="checkbox"/> c 24/25G 針頭 | <input type="checkbox"/> h 其他 | <input type="checkbox"/> 10 皮下注射針頭 |
| <input type="checkbox"/> d 23G 針頭 | | <input type="checkbox"/> 11 動脈導管導引針 |
| <input type="checkbox"/> 2 原裝注射藥劑 | | <input type="checkbox"/> 12 中心靜脈導管導引針(心導管等) |
| <input type="checkbox"/> 3 動脈血氣採血針 | | <input type="checkbox"/> 14 其他血管導引針(心導管等) |
| <input type="checkbox"/> 4 其他類型注射器 | | <input type="checkbox"/> 15 其他非血管導引針(眼科等) |
| <input type="checkbox"/> 5 靜脈輸液配管針(包含輸液及連接管) | | <input type="checkbox"/> 28 不確定類型的針頭 |
| <input type="checkbox"/> 6 頭皮針 | | <input type="checkbox"/> 29 其他針型，請描述 _____ |

外科器械或其他銳器物：(玻璃請見玻璃製品)

- | | | |
|--|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 30 採血針(指尖/腳跟採血) | <input type="checkbox"/> 38 骨頭碎片 | <input type="checkbox"/> 46 皮膚/骨頭牽引器 |
| <input type="checkbox"/> 31 縫合針 | <input type="checkbox"/> 39 布鉗 | <input type="checkbox"/> 47 縫合釘 |
| <input type="checkbox"/> 32 重覆式手術刀 | <input type="checkbox"/> 40 切片刀 | <input type="checkbox"/> 48 金屬線(縫合/固定/導引) |
| <input type="checkbox"/> 33 剃刀 | <input type="checkbox"/> 41 Trocar | <input type="checkbox"/> 49 固定/導引針 |
| <input type="checkbox"/> 34 塑膠滴管 | <input type="checkbox"/> 42 塑膠真空管 | <input type="checkbox"/> 50 鑽頭(鑽孔/切割) |
| <input type="checkbox"/> 35 剪刀 | <input type="checkbox"/> 43 檢體試管(塑膠類) | <input type="checkbox"/> 51 縫合器/鑷子/止血鉗/手術鉗 |
| <input type="checkbox"/> 36 電燒刀 | <input type="checkbox"/> 44 指甲/牙齒 | <input type="checkbox"/> 58 不確定類型的尖銳物 |
| <input type="checkbox"/> 37 切骨器 | <input type="checkbox"/> 45 拋棄式手術刀 | <input type="checkbox"/> 59 其他尖銳物，請描述 _____ |

玻璃製品：

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> 63 玻璃滴管 | <input type="checkbox"/> 66 毛細管 | <input type="checkbox"/> 60 安瓶 |
| <input type="checkbox"/> 64 玻璃真空管 | <input type="checkbox"/> 67 玻璃戴玻片 | <input type="checkbox"/> 61 小藥瓶(體積小的且有橡皮塞) |
| <input type="checkbox"/> 65 檢體試管(玻璃類) | <input type="checkbox"/> 78 不確定類型的玻璃器物 | <input type="checkbox"/> 62 生理食鹽水瓶/輸液瓶(體積大的) |
| <input type="checkbox"/> 79 其他玻璃器物，請描述 _____ | | |

(12a) 器械廠商： _____ (12b) 器械型號： 98 請描述 _____ 99 不知道

(13) 引起扎傷的針頭或銳物，是否為設有保護裝置的「安全設計」？(例如可回縮針頭、鈍頭設計等)

- 1 是 2 否(第13a、13b、19題請不用填寫) 3 不知道(第13a、13b、19題請不用填寫)

(13a) 扎傷時保護裝置是否有啟動？

- 1 是，完全 2 是，部分 3 否 4 不知道

(13b) 扎傷事故發生於：

- 1 啟動前 2 啟動期間 3 啟動後 4 不知道

(14) 請在右邊的圖中，圈選出扎傷部位：

(15) 扎傷程度？

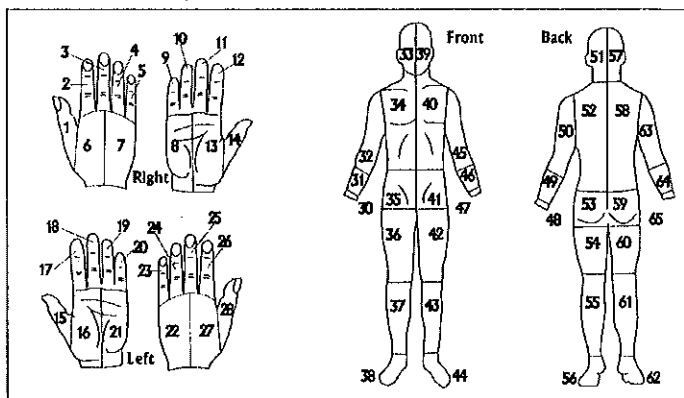
- 1 表面(少量出血或無出血)
 2 中度(皮膚穿刺，有出血)
 3 嚴重(深度刺入、割傷，或多量出血)

(16) 若扎傷於手，則此針頭或銳物穿透：

- 1 單副手套
 2 雙副手套
 3 無手套

(17) 受扎傷的醫療人員之慣用手：

- 1 右手
 2 左手(左撇子)



(18) 請描述引發此意外事件當時的情境(若是與設備發生故障相關請註明)：

(19) 請問受扎傷的醫療人員：如果此針頭或銳物具有保護裝置，在該事件發生當時，您是否有選擇此功能來預防事件的發生？ 1 是 2 否 3 不知道

若有，請描述： _____

(20) 請問受扎傷的醫療人員：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

若有，請描述： _____

是否已向勞安室、感控室報告？ 1 是 2 否 3 不知道

(21) 醫療人員在暴觸發生前是否有接種過 B 型肝炎疫苗？ 否 是

(21a) 您的 B 型肝炎抗體檢驗呈： 陰性 陽性

(22) 醫療人員是否為孕婦？ 是 否 不知道 不適用

(22a) 如是，為妊娠第幾孕期： 第一孕期 第二孕期 第三孕期

血液和體液暴觸事件報告單(原始版)

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：_____ 填表人：_____

(1) 暴觸日期：□□□□ □□□□ (2) 暴觸時間：□□□□

(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)

- | | | |
|--|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 1 主治醫師
專科醫師科別 _____ | <input type="checkbox"/> 6 呼吸治療師 | <input type="checkbox"/> 13 牙科助理人員 |
| <input type="checkbox"/> 2 住院/實習醫師
專科醫師科別 _____ | <input type="checkbox"/> 7 外科助理人員 | <input type="checkbox"/> 14 清潔人員 |
| <input type="checkbox"/> 3 醫學生 | <input type="checkbox"/> 8 其他醫療從業人員 | <input type="checkbox"/> 19 洗衣房工作人員 |
| <input type="checkbox"/> 4 護理人員 | <input type="checkbox"/> 9 靜脈小組人員 | <input type="checkbox"/> 20 警衛 |
| <input type="checkbox"/> 5 實習護士 | <input type="checkbox"/> 10 檢驗人員 | <input type="checkbox"/> 16 緊急救護人員 |
| <input type="checkbox"/> 21 專科護理師 | <input type="checkbox"/> 11 技術人員 | <input type="checkbox"/> 17 其他學生 |
| | <input type="checkbox"/> 12 牙醫師 | <input type="checkbox"/> 15 其他，請描述_____ |
| | <input type="checkbox"/> 22 實習醫技人員 | |

(6) 暴觸發生地點？(僅請勾選一項)

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1 病房 | <input type="checkbox"/> 7 血庫 | <input type="checkbox"/> 13 物流單位(洗衣房、供應中心、污物間等) |
| <input type="checkbox"/> 2 病房外(走廊/護理站) | <input type="checkbox"/> 8 抽血中心 | <input type="checkbox"/> 16 產房 |
| <input type="checkbox"/> 3 急診室 | <input type="checkbox"/> 9 血液透析室 | <input type="checkbox"/> 17 居家護理 |
| <input type="checkbox"/> 4 加護病房科別 _____ | <input type="checkbox"/> 10 檢查室(X光室/腦波室) | <input type="checkbox"/> 18 隔離病房 |
| <input type="checkbox"/> 5 開刀房/恢復室 | <input type="checkbox"/> 11 檢驗室 | <input type="checkbox"/> 19 牙科 |
| <input type="checkbox"/> 6 門診 | <input type="checkbox"/> 12 解剖/病理室 | <input type="checkbox"/> 14 其他，請描述_____ |

(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)

- | | | | | |
|-----------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 血液或其相關製品 | <input type="checkbox"/> 痰液 | <input type="checkbox"/> 腦脊髓液 | <input type="checkbox"/> 肋膜腔液 | <input type="checkbox"/> 尿液 |
| <input type="checkbox"/> 嘔吐物 | <input type="checkbox"/> 唾液 | <input type="checkbox"/> 腹腔液 | <input type="checkbox"/> 羊水 | 其他_____ |
- 該體液是否受到血液的污染？
- 是 否 不知道

(9) 血液/體液是否：(可複選)

- | | |
|--------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 接觸未保護的皮膚 | <input type="checkbox"/> 滲透隔離或防護衣 |
| <input type="checkbox"/> 接觸防護衣空隙間的皮膚 | <input type="checkbox"/> 滲透衣物 |

(10) 暴觸部位為：(可複選)

- | | | | |
|--------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 完整的皮膚 | <input type="checkbox"/> 眼(結膜) | <input type="checkbox"/> 口腔(黏膜) | <input type="checkbox"/> 其他，請描述 |
| <input type="checkbox"/> 受損的皮膚 | <input type="checkbox"/> 鼻(黏膜) | <input type="checkbox"/> 手 | _____ |

(11) 事故發生時是否穿戴保護用具：(可複選)

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

(12) 暴觸的原因是：（僅請勾選一項）

- 1 直接接觸病人
 - 2 樣本容器滲漏/外溢
 - 3 樣本容器破損
 - 4 靜脈輸液管/袋/唧筒 滲漏/破損
 - 5 其他體液容器噴濺/滲漏
 - 9 其他，請描述_____
 - 10 鼻胃管/蛇型管/其他 導管滑脫/滲漏/外溢 請具體說明為何種管類_____
 - 6 接觸污染設備/表面
 - 7 接觸污染布簾/床單/手術衣
 - 8 不知道
 - 11 被病患咬傷
 - 12 被病患抓傷
- 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）

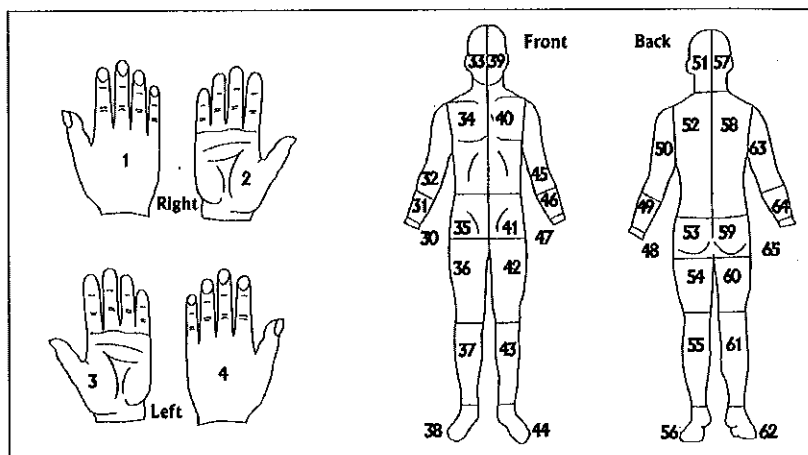
- 1 少量（不超過5cc或一茶匙）
- 2 中量（不超過50cc或四分之一杯）
- 3 大量（超過50cc）

(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：_____

是否已向勞安室、感控室報告？ 1 是 2 否 3 不知道

(18) 醫療人員在暴觸發生前是否有接種過 B型肝炎疫苗？ 否 是

(18a) 您的B型肝炎抗體檢驗呈： 陰性 陽性

(19) 醫療人員是否為孕婦？ 是 否 不知道 不適用

(19a) 如是，為妊娠第幾孕期： 第一孕期 第二孕期 第三孕期

針頭和銳物扎傷事件報告單(簡易版)

EPINet中文版



事件編號: S _____ 員工編號: _____ 到職日: _____ 填表人: _____

★ 扎傷日期: ★ 扎傷時間:

★ 針扎次數: _____ (1) 事故發生單位: _____

(2) 工作職稱: (僅請勾選一項)

- | | | |
|------------------------------------|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 1 主治醫師 | <input type="checkbox"/> 5 實習護士 | <input type="checkbox"/> 13 牙科助理人員 |
| <input type="checkbox"/> 12 牙醫師 | <input type="checkbox"/> 6 呼吸治療師 | <input type="checkbox"/> 14 清潔人員 |
| <input type="checkbox"/> 2 住院/實習醫師 | <input type="checkbox"/> 7 外科助理人員 | <input type="checkbox"/> 20 警衛 |
| <input type="checkbox"/> 3 醫學生 | <input type="checkbox"/> 10 檢驗人員 | <input type="checkbox"/> 15 其他, 請描述 _____ |
| <input type="checkbox"/> 4 護理人員 | <input type="checkbox"/> 11 技術人員 | |
| <input type="checkbox"/> 21 專科護理師 | <input type="checkbox"/> 22 實習醫技人員 | |

(3) 扎傷發生地點? (僅請勾選一項)

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1 病房 | <input type="checkbox"/> 19 牙科 | <input type="checkbox"/> 11 檢驗室 |
| <input type="checkbox"/> 2 病房外(走廊/護理站) | <input type="checkbox"/> 6 門診 | <input type="checkbox"/> 12 解剖/病理/化驗室 |
| <input type="checkbox"/> 3 急診室 | <input type="checkbox"/> 7 血庫 | <input type="checkbox"/> 13 物流單位(洗衣房、供應中心、污物間等) |
| <input type="checkbox"/> 4 加護病房 | <input type="checkbox"/> 8 抽血中心 | <input type="checkbox"/> 16 產房 |
| <input type="checkbox"/> 18 隔離病房 | <input type="checkbox"/> 9 血液透析室 | <input type="checkbox"/> 17 居家護理 |
| <input type="checkbox"/> 5 開刀房/恢復室 | <input type="checkbox"/> 10 檢查室(X光室/腦波室) | <input type="checkbox"/> 14 其他, 請描述 _____ |

(4) 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

(5) 針頭或銳物是否可見血液? 1 是 2 否

(6) 針頭或銳物的原始用途? (僅請勾選一項)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1 不知道/不適用 | <input type="checkbox"/> 10 指尖/腳跟採血 |
| <input type="checkbox"/> 2 肌肉/皮下注射或其他侵入性之注射 | <input type="checkbox"/> 11 縫合 |
| <input type="checkbox"/> 3 抗凝血劑或生理食鹽水沖洗 | <input type="checkbox"/> 12 手術過程中之切割 |
| <input type="checkbox"/> 4 由靜脈留置針/port處注射或抽取 | <input type="checkbox"/> 17 鑽孔 |
| <input type="checkbox"/> 5 連接靜脈輸液管(短暫型/留置針/其他靜脈輸液連接管) | <input type="checkbox"/> 13 電燒 |
| <input type="checkbox"/> 6 開始接上IV或抗凝血劑lock(靜脈留置針) | <input type="checkbox"/> 14 注入樣本或藥物至玻璃容器內 |
| <input type="checkbox"/> 7 抽取靜脈血樣本 | <input type="checkbox"/> 15 其他, 請描述 _____ |
| <input type="checkbox"/> 8 抽取動脈血樣本 | <input type="checkbox"/> 16 放置動脈/中心靜脈導管 |
| <input type="checkbox"/> 9 採取體液或組織樣本(尿液/腦脊髓液/羊水/其他體液、組織) | |

(7) 扎傷發生於? (僅請勾選一項)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1 使用針頭或銳物之前(設備破損、滑脫、組裝等) | <input type="checkbox"/> 10 將針頭或銳物放入銳物收集盒時 |
| <input type="checkbox"/> 2 使用針頭或銳物之間(設備滑脫, 病人晃動掙扎等) | <input type="checkbox"/> 11 被已丟棄於銳物收集盒之突出的針頭或銳物扎傷 |
| <input type="checkbox"/> 3 治療過程中某項步驟(注射過程之間, 遞送器械等) | <input type="checkbox"/> 12 被刺穿銳物收集盒的銳物扎傷 |
| <input type="checkbox"/> 4 拆卸設備或器械時 | <input type="checkbox"/> 13 被已丟棄於垃圾袋/分類錯誤的垃圾桶所突出的銳物扎傷 |
| <input type="checkbox"/> 5 準備再次使用重覆式之器具(可消毒、滅菌類的等) | <input type="checkbox"/> 14 其他, 請描述 _____ |
| <input type="checkbox"/> 6 將已使用過的針頭重新套上針帽 | <input type="checkbox"/> 15 遇躁動病患或約束病人時 |
| <input type="checkbox"/> 7 從橡皮或其他阻體中拔出針頭(橡皮塞、IV port等) | <input type="checkbox"/> 16 被遺留在地板、桌子、病床或其他不適當放置處的針頭或銳物扎傷 |
| <input type="checkbox"/> 8 使用後, 處理前(運送廢棄物、清洗或垃圾分類等) | |
| <input type="checkbox"/> 9 被隨意遺棄或廢棄盒旁的銳物扎傷 | |

(8) 引起扎傷的針頭或銳物種類? (請在第一、二、三類中勾選一項後, 再選擇細項)

第一類: 空心針頭	第二類: 外科器械
<input type="checkbox"/> 1 拋棄式注射器	<input type="checkbox"/> 30 採血針(指尖/腳跟採血)
<input type="checkbox"/> 3 動脈血氧採血針	<input type="checkbox"/> 31 縫合針
<input type="checkbox"/> 4 其他類型注射器	<input type="checkbox"/> 32 重覆式手術刀
<input type="checkbox"/> 6 頭皮針	<input type="checkbox"/> 33 剃刀
<input type="checkbox"/> 7 靜脈留置針	<input type="checkbox"/> 35 剪刀
<input type="checkbox"/> 5 靜脈輸液配管針(含輸液及連接管)	<input type="checkbox"/> 36 電燒刀
<input type="checkbox"/> 8 真空採血管/針	<input type="checkbox"/> 41 trocar
<input type="checkbox"/> 10 皮下注射針頭	<input type="checkbox"/> 45 拋棄式手術刀
<input type="checkbox"/> 12 中心靜脈導管導引針(心導管等)	<input type="checkbox"/> 50 鑽頭(鑽孔/切割)
<input type="checkbox"/> 18 不確定類型的針頭	<input type="checkbox"/> 58 不確定類型的尖銳物
<input type="checkbox"/> 29 其他針型, 請描述 _____	
<input type="checkbox"/> 第三類: 玻璃製品 <input type="checkbox"/> 79 其他玻璃器物, 請描述 _____	

(9) 引起扎傷的針頭或銳物, 是否為設有保護裝置的「安全設計」? (例如可回縮針頭、鈍頭設計等)

- 1 是 2 否 (第9a、9b題請不用填寫) 3 不知道 (第9a、9b題請不用填寫)

(9a) 扎傷時保護裝置是否有啟動?

- 1 是, 完全 2 是, 部分 3 否 4 不知道

(9b) 扎傷事故發生於:

- 1 啟動前 2 啟動期間 3 啟動後 4 不知道

(10) 扎傷程度?

- 1 表面(少量出血或無出血) 2 中度(皮膚穿刺, 有出血) 3 嚴重(深度刺入、割傷, 或多量出血)

(11) 請描述引發此意外事件當時的情境(若是與設備發生故障相關請註明): _____

(12) 醫療人員在暴露發生前是否有接種過B型肝炎疫苗? 否 是

(12a) 您的B型肝炎抗體檢驗呈: 陰性 陽性

(13) 醫療人員是否為孕婦? 是 否 不知道 不適用

(13a) 如是, 為妊娠第幾孕期: 第一孕期 第二孕期 第三孕期

血液和體液暴觸事件報告單 (簡易版)

EPINet中文版

事件編號: B _____ 員工編號: _____ 到職日: _____ 填表人: _____



★ 暴觸日期:

★ 暴觸時間:

★ 暴觸次數: _____

(1) 事故發生單位: _____

(2) 工作職稱: (僅請勾選一項)

- | | | |
|------------------------------------|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 1 主治醫師 | <input type="checkbox"/> 5 實習護士 | <input type="checkbox"/> 13 牙科助理人員 |
| <input type="checkbox"/> 12 牙醫師 | <input type="checkbox"/> 6 呼吸治療師 | <input type="checkbox"/> 14 清潔人員 |
| <input type="checkbox"/> 2 住院/實習醫師 | <input type="checkbox"/> 7 外科助理人員 | <input type="checkbox"/> 20 警衛 |
| <input type="checkbox"/> 3 醫學生 | <input type="checkbox"/> 10 檢驗人員 | <input type="checkbox"/> 15 其他, 請描述 _____ |
| <input type="checkbox"/> 4 護理人員 | <input type="checkbox"/> 11 技術人員 | |
| <input type="checkbox"/> 21 專科護理師 | <input type="checkbox"/> 22 實習醫技人員 | |

(3) 暴觸發生地點? (僅請勾選一項)

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1 病房 | <input type="checkbox"/> 19 牙科 | <input type="checkbox"/> 11 檢驗室 |
| <input type="checkbox"/> 2 病房外(走廊/護理站) | <input type="checkbox"/> 6 門診 | <input type="checkbox"/> 12 解剖/病理/化驗室 |
| <input type="checkbox"/> 3 急診室 | <input type="checkbox"/> 7 血庫 | <input type="checkbox"/> 13 物流單位(洗衣房、供應中心、污物間等) |
| <input type="checkbox"/> 4 加護病房 | <input type="checkbox"/> 8 抽血中心 | <input type="checkbox"/> 16 產房 |
| <input type="checkbox"/> 18 隔離病房 | <input type="checkbox"/> 9 血液透析室 | <input type="checkbox"/> 17 居家護理 |
| <input type="checkbox"/> 5 開刀房/恢復室 | <input type="checkbox"/> 10 檢查室(X光室/腦波室) | <input type="checkbox"/> 14 其他, 請描述 _____ |

(4) 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

(5) 暴觸於那種體液? (可複選)

- | | | | | |
|-----------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 血液或其相關製品 | <input type="checkbox"/> 痰液 | <input type="checkbox"/> 腦脊髓液 | <input type="checkbox"/> 肋膜腔液 | <input type="checkbox"/> 尿液 |
| <input type="checkbox"/> 嘔吐物 | <input type="checkbox"/> 唾液 | <input type="checkbox"/> 腹腔液 | <input type="checkbox"/> 羊水 | 其他 _____ |

該體液是否受到血液的污染?

- 是 否 不知道

(6) 血液/體液是否: (可複選)

- | | |
|--------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 接觸未保護的皮膚 | <input type="checkbox"/> 滲透隔離或防護衣 |
| <input type="checkbox"/> 接觸防護衣空隙間的皮膚 | <input type="checkbox"/> 滲透衣物 |

(7) 接觸部位為: (可複選)

- | | | | |
|--------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 完整的皮膚 | <input type="checkbox"/> 眼(結膜) | <input type="checkbox"/> 口腔(黏膜) | <input type="checkbox"/> 其他, 請描述 _____ |
| <input type="checkbox"/> 受損的皮膚 | <input type="checkbox"/> 鼻(黏膜) | <input type="checkbox"/> 手 | |

(8) 事故發生時是否穿戴保護用具: (可複選)

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

(9) 暴觸的原因是: (僅請勾選一項)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1 直接接觸病人 | <input type="checkbox"/> 6 接觸污染設備/表面 |
| <input type="checkbox"/> 2 樣本容器滲漏/外溢 | <input type="checkbox"/> 7 接觸污染布簾/床單/手術衣 |
| <input type="checkbox"/> 3 樣本容器破損 | <input type="checkbox"/> 8 不知道 |
| <input type="checkbox"/> 4 靜脈輸液管/袋/唧筒 滲漏/破損 | <input type="checkbox"/> 11 被病患咬傷 |
| <input type="checkbox"/> 5 其他體液容器噴濺/滲漏 | <input type="checkbox"/> 12 被病患抓傷 |
| <input type="checkbox"/> 9 其他, 請描述 _____ | |
| <input type="checkbox"/> 10 鼻胃管/蛇型管/其他 導管滑脫/滲漏/外濺, 請具體說明為何種管類 _____ | |

(10) 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)

(11) 請描述引起暴觸的情況(若是與設備發生故障相關請註明):

(12) 醫療人員在暴觸發生前是否有接種過 B型肝炎疫苗? 否 是

(12a) 您的B型肝炎抗體檢驗呈: 陰性 陽性

(13) 醫療人員是否為孕婦? 是 否 不知道 不適用

(13a) 如是, 為妊娠第幾孕期: 第一孕期 第二孕期 第三孕期

針扎和血液暴觸後追蹤報告單

EPINet中文版



事件編號：_____ 醫療院所編號：_____

員工編號：_____ 到職日：_____ 填表人：_____

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
- 若能辨識病人身分，請填病人病歷號：_____

(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
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	
HIV	Anti-HIV	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 感染控制中心 急診 其他，請描述 _____

(2) 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
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 _____				____/____/____	

(3) 暴觸後治療和預防處置劑量

治療	劑量	給予日期	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	_____	____/____/____	_____
penicillin/clindamycin	_____	____/____/____	_____
其他，請描述 _____		____/____/____	_____
其他，請描述 _____		____/____/____	_____

(4) 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
			陽性	陰性	未檢驗	
B型肝炎	HBsAg	檢驗1	陽性	陰性	未檢驗	_____
	Anti HBs	檢驗1	陽性	陰性	未檢驗	____/____/____
	Anti HBc	檢驗1	陽性	陰性	未檢驗	_____
	HBsAg	檢驗2	陽性	陰性	未檢驗	_____
	Anti HBs	檢驗2	陽性	陰性	未檢驗	____/____/____
	Anti HBc	檢驗2	陽性	陰性	未檢驗	_____
	HBsAg	檢驗3	陽性	陰性	未檢驗	_____
	Anti HBs	檢驗3	陽性	陰性	未檢驗	____/____/____
	Anti HBc	檢驗3	陽性	陰性	未檢驗	_____
	HBsAg	檢驗4	陽性	陰性	未檢驗	_____
	Anti HBs	檢驗4	陽性	陰性	未檢驗	____/____/____
	Anti HBc	檢驗4	陽性	陰性	未檢驗	_____
	HBsAg	檢驗5	陽性	陰性	未檢驗	_____
	Anti HBs	檢驗5	陽性	陰性	未檢驗	____/____/____
	Anti HBc	檢驗5	陽性	陰性	未檢驗	_____
	HBsAg	檢驗6	陽性	陰性	未檢驗	_____
	Anti HBs	檢驗6	陽性	陰性	未檢驗	____/____/____
	Anti HBc	檢驗6	陽性	陰性	未檢驗	_____
C型肝炎	Anti-HCV	檢驗1	陽性	陰性	未檢驗	____/____/____
	Anti-HCV	檢驗2	陽性	陰性	未檢驗	____/____/____
	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-HCV	檢驗5	陽性	陰性	未檢驗	____/____/____
	Anti-HCV	檢驗6	陽性	陰性	未檢驗	____/____/____
HIV	Anti-HIV	檢驗1	陽性	陰性	未檢驗	____/____/____
	Anti-HIV	檢驗2	陽性	陰性	未檢驗	____/____/____
	Anti-HIV	檢驗3	陽性	陰性	未檢驗	____/____/____
	Anti-HIV	檢驗4	陽性	陰性	未檢驗	____/____/____
	Anti-HIV	檢驗5	陽性	陰性	未檢驗	____/____/____
	Anti-HIV	檢驗6	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	____/____/____
	VDRL	檢驗3	陽性	陰性	未檢驗	____/____/____
	VDRL	檢驗4	陽性	陰性	未檢驗	____/____/____
	VDRL	檢驗5	陽性	陰性	未檢驗	____/____/____
	VDRL	檢驗6	陽性	陰性	未檢驗	____/____/____
其他	_____		_____			____/____/____
其他	_____		_____			____/____/____

(5) 其他說明：_____

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：_____