



ประกาศโรงพยาบาลเลิดสิน

เรื่อง นโยบาย แนวทางการป้องกันโรคติดต่อ สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาลเลิดสิน
และบุคลากรภายนอกที่มาฝึกอบรม และปฏิบัติงาน ในโรงพยาบาลเลิดสิน พ.ศ. ๒๕๖๓

.....

บุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วย เป็นผู้ที่มีความเสี่ยง และมีโอกาสติดโรคติดต่อจากการให้บริการผู้ป่วย รวมถึงยังเป็นผู้ที่สามารถแพร่กระจายเชื้อสู่ผู้ป่วย ผู้รับบริการ และเพื่อนร่วมงานได้ ดังนั้นการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันต่อโรคที่ป้องกันได้ให้กับบุคลากรทางการแพทย์ จึงเป็นเรื่องจำเป็นอย่างยิ่ง ทั้งนี้เพื่อเป็นการป้องกันโรคติดต่อ ลดผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นทั้งกับบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน และผู้ป่วย หรือผู้รับบริการ โรงพยาบาลเลิดสิน จึงได้กำหนดนโยบาย แนวทางการป้องกันโรคติดต่อ สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาลเลิดสิน และบุคลากรภายนอกที่มาฝึกอบรม และปฏิบัติงาน ในโรงพยาบาลเลิดสิน พ.ศ. ๒๕๖๓ ดังนี้

๑. นโยบาย แนวทางการป้องกันโรคติดต่อ สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาลเลิดสิน และบุคลากรภายนอกที่มาฝึกอบรม และปฏิบัติงาน ในโรงพยาบาลเลิดสิน ครอบคลุมบุคลากรต่อไปนี้

๑.๑ บุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาลเลิดสิน หมายถึง บุคลากรที่เข้าปฏิบัติงานใหม่ หรือบรรจุใหม่ ณ โรงพยาบาลเลิดสิน หลังจากที่ประกาศฉบับนี้มีผลบังคับใช้ ทั้งบุคลากรทางการแพทย์หรือสายสนับสนุน เช่น แพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล หรือบุคลากรอื่น ๆ ที่ปฏิบัติงานในลักษณะที่ให้บริการดูแลรักษา หรือสัมผัสกับผู้ป่วย หรือเสี่ยงต่อการสัมผัสเลือด สารคัดหลั่งของผู้ป่วยในโรงพยาบาล

๑.๒ บุคลากรภายนอกที่มาฝึกอบรม และปฏิบัติงาน หมายถึง บุคลากรภายนอกที่มาศึกษาดูงาน ฝึกอบรม หรือปฏิบัติงาน ได้แก่ แพทย์ประจำบ้าน แพทย์ฝึกหัด พยาบาล และบุคลากรอื่น ๆ ในด้านการแพทย์ที่ดูแลรักษา หรือสัมผัสกับผู้ป่วย หรือเสี่ยงต่อการสัมผัสเลือด สารคัดหลั่งของผู้ป่วยในโรงพยาบาล เป็นระยะเวลาตั้งแต่ ๒ สัปดาห์ขึ้นไป

๒. บุคลากรในข้อ ๑ ต้องปฏิบัติตามข้อกำหนดต่อไปนี้ ก่อนเข้าศึกษาดูงาน ฝึกอบรม หรือปฏิบัติงาน

๒.๑ ต้องมีหลักฐานการสร้างภูมิคุ้มกันโรค โดยการได้รับวัคซีน มีประวัติการเป็นโรคในอดีต หรือมีผลตรวจพบมีภูมิคุ้มกัน ดังข้อ ๒.๑.๑ - ข้อ ๒.๑.๕ เว้นแต่มีข้อห้ามทางการแพทย์ในการรับวัคซีน

๒.๑.๑ การได้รับวัคซีนป้องกันโรคอีสุกอีใส (varicella) อย่างน้อย ๒ ครั้ง หรือมีผลการตรวจพบมีภูมิคุ้มกันต่อโรคอีสุกอีใส (varicella Ab) หรือมีประวัติการเป็นโรคอีสุกอีใสในอดีต พร้อมใบรับรองแพทย์และสำเนาหลักฐานการตรวจวินิจฉัย

๒.๑.๒ การได้รับวัคซีนป้องกันโรคตับอักเสบบี (Hepatitis B) อย่างน้อย ๓ ครั้ง หรือมีผลการตรวจพบมีภูมิคุ้มกันต่อโรคตับอักเสบบี (Anti HBsAg \geq ๑๐ IU/mL)

๒.๑.๓ การได้รับวัคซีนหัด-คางทูม-หัดเยอรมัน (MMR) อย่างน้อย ๒ ครั้ง

๒.๑.๔ การได้รับวัคซีนป้องกันโรคคอตีบ บาดทะยัก หรือวัคซีนป้องกันโรคคอตีบ บาดทะยัก ไอกรน โดยได้รับวัคซีน tetanus-diphtheria (Td) หรือ tetanus-diphtheria-acellular pertussis vaccine (Tdap) จำนวน ๑ ครั้ง ภายใน ๑๐ ปี

๒.๑.๕ การได้รับ...

๒.๑.๕ การได้รับวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ จำนวน ๑ ครั้ง ภายใน ๑ ปี

๒.๒ ต้องมีผลการตรวจภาพรังสีทรวงอกปกติ ภายใน ๖ เดือน ก่อนมาศึกษาดูงาน
ฝึกอบรม หรือปฏิบัติงาน ทั้งนี้หากพบความผิดปกติที่สงสัยเป็นโรควัณโรค ต้องได้รับการรักษาก่อนเข้าศึกษาดูงาน
ฝึกอบรม หรือปฏิบัติงานเป็นเวลาอย่างน้อย ๒ สัปดาห์

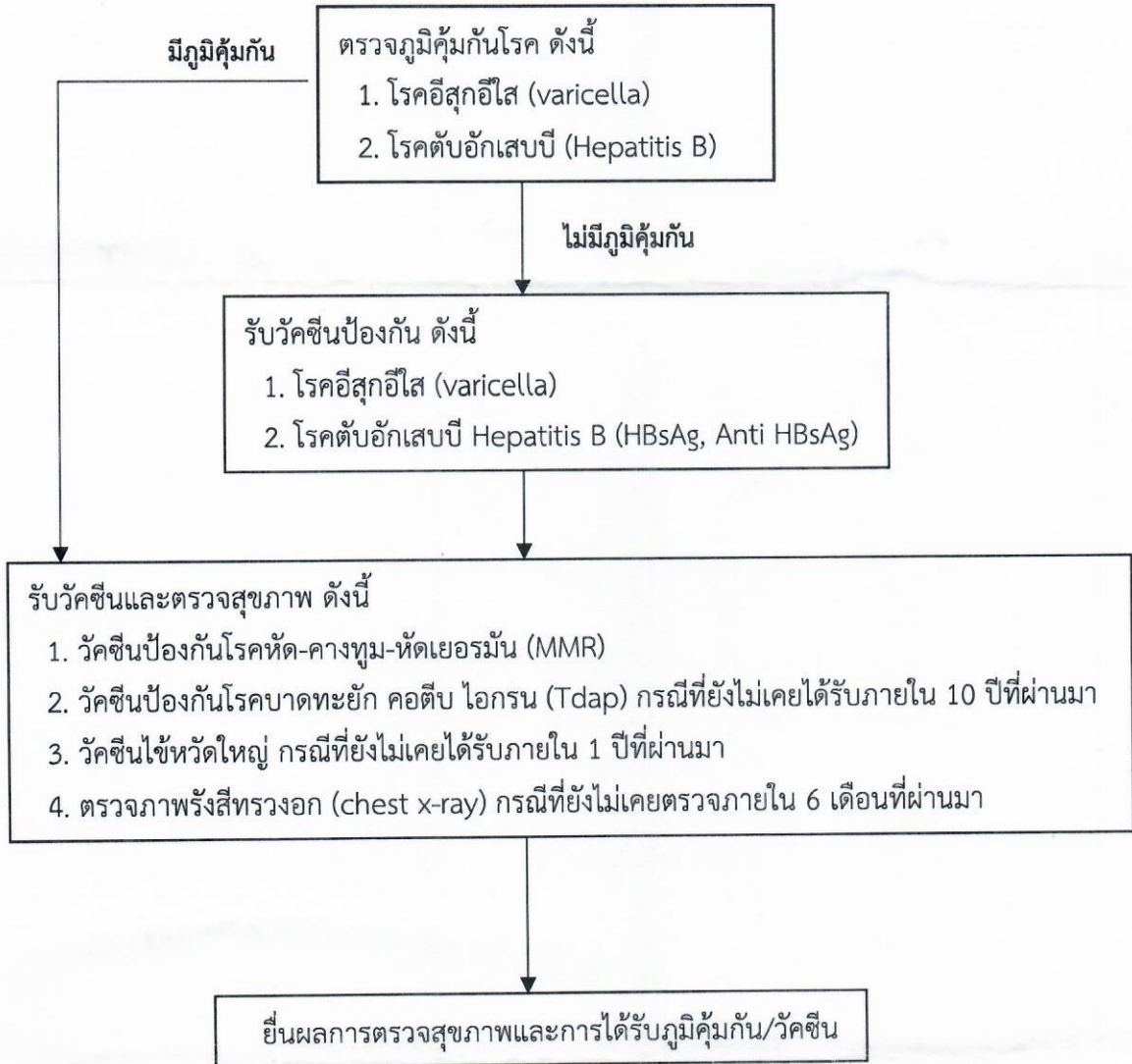
ประกาศ ณ วันที่ ๓๑ เดือน ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๓



(นายศักรินทร์ วงศ์เลิศศิริ)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเลิดสิน

Flow Chart การตรวจสุขภาพสำหรับบุคลากรทางการแพทย์
และบุคลากรภายนอกที่มาฝึกอบรม และปฏิบัติงาน ในโรงพยาบาลเลิดสิน



หมายเหตุ : กรณีผู้ที่เคยได้รับ - วัคซีนป้องกันโรคบาดทะยัก คอตีบ ไอกรณ (Tdap) ภายใน 10 ปีที่ผ่านมา
- วัคซีนไข้หวัดใหญ่ ภายใน 1 ปีที่ผ่านมา
- การตรวจภาพรังสีทรวงอก (chest x-ray) ภายใน 6 เดือนที่ผ่านมา

ขอให้แนบผลการตรวจ/การได้รับวัคซีนมาด้วย



แบบตรวจสอบสุขภาพสำหรับบุคลากรทางการแพทย์
และบุคลากรภายนอกที่มาฝึกอบรม และปฏิบัติงาน ในโรงพยาบาลเลิดสิน

ชื่อ-นามสกุล : วัน/เดือน/ปี เกิด : อายุ ปี

1. การตรวจภูมิคุ้มกันต่อโรคอีสุกอีใส (varicella)

ไม่มี

กรณีไม่มีภูมิคุ้มกันต้องได้รับวัคซีน (ระบุเดือน/ปี ที่ฉีดวัคซีน) ครั้งที่ 1 ครั้งที่ 2

มี พร้อมแนบผลการตรวจภูมิคุ้มกัน

2. การตรวจภูมิคุ้มกันต่อโรคตับอักเสบบี Hepatitis B (Anti HBsAg \geq 10IU/mL)

ไม่มี

กรณีไม่มีภูมิคุ้มกันต้องได้รับวัคซีน (ระบุเดือน/ปี ที่ฉีดวัคซีน) ครั้งที่ 1 ครั้งที่ 2 ครั้งที่ 3

มี พร้อมแนบผลการตรวจภูมิคุ้มกัน

3. การได้รับวัคซีนป้องกันโรคหัด-คางทูม-หัดเยอรมัน (MMR)

ไม่เคยฉีด

กรณีไม่เคยฉีดต้องได้รับวัคซีน (ระบุเดือน/ปี ที่ฉีดวัคซีน) ครั้งที่ 1 ครั้งที่ 2

เคยฉีด พร้อมแนบหลักฐานการฉีดวัคซีน

4. การได้รับวัคซีนป้องกันโรคบาดทะยัก คอตีบ ไอกรน (Tdap) ภายใน 10 ปีที่ผ่านมา

ไม่เคยฉีด

กรณีไม่เคยฉีดต้องได้รับวัคซีน (ระบุเดือน/ปี ที่ฉีดวัคซีน)

เคยฉีด พร้อมแนบหลักฐานการฉีดวัคซีน

5. การได้รับวัคซีนไขหวัดใหญ่ ภายใน 1 ปีที่ผ่านมา

ไม่เคยฉีด

กรณีไม่เคยฉีดต้องได้รับวัคซีน (ระบุเดือน/ปี ที่ฉีดวัคซีน)

เคยฉีด พร้อมแนบหลักฐานการฉีดวัคซีน

6. รายงานผลการตรวจภาพรังสีทรวงอก (chest x-ray) ปกติ ภายใน 6 เดือนที่ผ่านมา (แนบผลอ่าน)

ปกติ

ผิดปกติสงสัยวัณโรค แสดงหลักฐานการรักษาก่อนเข้าปฏิบัติงาน

ลงชื่อ.....เจ้าของประวัติ

(.....)

...../...../.....

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้รับรอง

(.....)

...../...../.....



แบบตรวจสอบสุขภาพสำหรับบุคลากรทางการแพทย์
และบุคลากรภายนอกที่มาฝึกอบรม และปฏิบัติงาน ในโรงพยาบาลเลิดสิน
สำหรับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 (เพิ่มเติม)

ชื่อ-นามสกุล : วัน/เดือน/ปี เกิด : อายุ ปี

1. ในช่วง 14 วันก่อนหน้า ที่จะมาฝึกปฏิบัติงานท่านได้มาในสถานที่เสี่ยงหรือใกล้ชิดผู้ติดเชื้อหรือไม่
 มี (โปรดระบุ).....
 ไม่มี
2. Swab for COVID-19 PCR
ผลการตรวจ positive negative
3. การฉีดวัคซีน COVID-19
 มี ได้แก่
 ซิโนแวค (sinovac) เข็มที่ 1 เข็มที่ 2
 แอสตราเซนเนกา (AstraZeneca) เข็มที่ 1 เข็มที่ 2
 อื่นๆ..... เข็มที่ 1 เข็มที่ 2
 ไม่มีเพราะ.....
4. เอกสารรับรองผลการฉีดวัคซีน ครบ 2 เข็ม
 มี ไม่มี

ลงชื่อ.....เจ้าของประวัติ
(.....)
...../...../.....

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้รับรอง
(.....)
...../...../.....