ประกาศโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่
เรื่อง แนวทางปฏิบัติในการคัดกรองและสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค
สำหรับนักศึกษาแพทย์ แพทย์ใช้ทุน และแพทย์ประจำบ้าน และแพทย์ประจำบ้านต่อยอด
ก่อนเข้าศึกษาหรือปฏิบัติงาน ณ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ตั้งแต่ปีการศึกษา ๒๕๖๒ เป็นต้นไป
****

เนื่องด้วยคณะกรรมการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล ของโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ได้จัดทำมาตรฐานเชิงนโยบายเรื่อง "แนวทางปฏิบัติในการคัดกรองและสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคสำหรับนักศึกษาแพทย์ แพทย์ใช้ทุน และแพทย์ประจำบ้าน และแพทย์ประจำบ้านต่อยอด ก่อนเข้าศึกษาหรือปฏิบัติงาน ณ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่" โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อใช้เป็นแนวทางในการคัดกรองบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลที่ต้องสัมผัสผู้ป่วย เพื่อลดโอกาสที่บุคลากรจะติดเชื้อโรคที่สามารถป้องกันได้ด้วยวัคซีนและลดการแพร่กระจายเชื้อไปสู่ผู้ป่วย ซึ่งกำหนดไว้ในมาตรฐานการควบคุมโรคในบุคลากรด้านสุขภาพ ตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ.๒๕๖๑ และได้รับความเห็นชอบอนุมัติรับรองเอกสารดังกล่าวตามหนังสือหมายเลข ศธ ๖๕๗๗(๘)๒พร/๕๒๘ แล้วนั้น

ในการนี้ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ขอยกเลิกประกาศโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ เรื่อง การคัดกรองภูมิคุ้มกันโรคติดเชื้อที่สำคัญและ/หรือ ให้แสดงเอกสารที่เชื่อถือได้ว่าได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันและรักษาโรคแล้วก่อนการปฏิบัติงาน ลงวันที่ ๒๘ มีนาคม พ.ศ.๒๕๖๒ และขอกำหนดให้นักศึกษาแพทย์ แพทย์ใช้ทุน แพทย์ประจำบ้าน และแพทย์ประจำบ้านต่อยอด ที่จะเข้ารับการศึกษา/การฝึกปฏิบัติงาน/ฝึกอบรม ในปีการศึกษา ๒๕๖๒ แสดงหลักฐานการได้รับวัคซีนหรือผลการตรวจเลือดสำหรับโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน ได้แก่ บาดทะยัก คอตีบ ไอกรน คางทูม หัด หัดเยอรมัน โรคสุกใส ไวรัสตับอักเสบบี และผลการตรวจภาพรังสีปอด ตามเอกสารหมายเลข ๑ ก่อนขึ้นปฏิบัติงานในโรงพยาบาล และให้รองคณบดีด้านวิชาการ หัวหน้าภาควิชาที่มีแพทย์ใช้ทุน แพทย์ประจำบ้าน และแพทย์ประจำบ้านต่อยอดในสังกัดประสานงานกับหน่วยสร้างเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ เพื่อให้นักศึกษาแพทย์ แพทย์ใช้ทุน แพทย์ประจำบ้าน และแพทย์ประจำบ้านต่อยอด ได้รับวัคซีนและตรวจภาพรังสีปอด ตามเอกสารแนบหมายเลข ๒ ก่อนเข้ารับการศึกษา/การฝึกปฏิบัติงาน/ฝึกอบรม ด้วย

จึงประกาศมาเพื่อทราบโดยทั่วกัน

ประกาศ ณ วันที่ ๑๗ เมษายน พ.ศ.๒๕๖๒

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์วิชัย ชื่นจงกลกุล)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

เอกสารแสดงการได้รับวัคซีน และภูมิคุ้มกันต่อโรคติดเชื้อที่สามารถป้องกันได้

ในผู้ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

ชื่อ- นามสกุล _____

วัน/เดือน/ปี เกิด _____ อายุ _____ ปี

เหตุผลที่มาปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

[ ] ทำงานที่โรงพยาบาล

[ ] เจ้าหน้าที่สำนักงาน หน่วยงาน _____

[ ] อาจารย์แพทย์ ภาควิชา _____

[ ] แพทย์ประจำบ้าน/แพทย์ใช้ทุน/แพทย์ศึกษาต่อยอด ภาควิชา _____

[ ] นักศึกษาแพทย์ ชั้นปี _____

[ ] พยาบาล หน่วยงาน _____

[ ] เจ้าหน้าที่ผู้ช่วยพยาบาล หน่วยงาน _____

[ ] อื่นๆ (ระบุ) _____

[ ] ลงวิชาเลือก (elective rotation) จากสถาบัน (ระบุ) _____

สถานะปัจจุบัน [ ] นักศึกษาแพทย์ ชั้นปี_____[ ] แพทย์ประจำบ้าน/แพทย์ใช้ทุน/แพทย์ศึกษาต่อยอด

[ ] อื่นๆ (ระบุ) _____

ช่วงเวลาที่มาปฏิบัติงาน _____

หน่วยงานที่มาปฏิบัติงาน _____

[ ] ฝึกปฏิบัติงาน จากสถาบัน (ระบุ) _____

สถานะปัจจุบัน [ ] นักศึกษาพยาบาล [ ] นักศึกษาเภสัชกร [ ] นักศึกษาเทคนิคการแพทย์

[ ] อื่นๆ (ระบุ)_____

ช่วงเวลาที่มาปฏิบัติงาน _____

หน่วยงานที่มาปฏิบัติงาน _____

[ ] อาจารย์นำนักศึกษาขึ้นฝึกปฏิบัติงาน จากสถาบัน (ระบุ) _____

อาจารย์คณะ [ ] พยาบาล [ ] เภสัชกร [ ] เทคนิคการแพทย์

[ ] อื่นๆ (ระบุ) _____

ช่วงเวลาที่มาปฏิบัติงาน _____

หน่วยงานที่มาปฏิบัติงาน _____

[ ] เหตุผลอื่นๆ (ระบุ) _____

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าข้อมูลที่ระบุในเอกสารนี้เป็นความจริงทุกประการ และข้าพเจ้าทราบว่าเป็นความรับผิดชอบของข้าพเจ้าที่จะต้องแจ้งว่าเกิดโรคติดต่อหรือภาวะทางสุขภาพที่อาจมีผลต่อผู้อื่นในระหว่างปฏิบัติงาน ข้อมูลดังเหล่านี้จะถูกเก็บเป็นความลับ อย่างไรก็ตามในบางโอกาสอาจมีความจำเป็นต้องแจ้งข้อมูลนี้แก่ผู้เกี่ยวข้อง ข้าพเจ้ายินยอมให้โรงพยาบาลแจ้งข้อมูลดังกล่าวให้แก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องตามความเหมาะสม เช่น แพทย์ผู้ดูแล และหน่วยป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาลเมื่อเกิดอุบัติเหตุระหว่างการปฏิบัติงาน

ลายเซ็น _____

ตัวบรรจง _____

วันที่ _____

ประวัติการฉีดวัคซีน *โปรดแนบเอกสารการฉีดวัคซีน (เช่น สมุดวัคซีน หรือเอกสารรับรองการฉีดวัคซีนจากแพทย์) และ/หรือผลเลือด

ไข้หวัดใหญ่ประจำปี: Seasonal Influenza vaccine ☐ ไม่สามารถรับวัคซีนได้เนื่องจากเคยแพ้วัคซีน/มีอาการข้างเคียงรุนแรงจากการได้รับวัคซีนครั้งก่อน ระบุอาการข้างเคียง _____	วันที่รับวัคซีนครั้งสุดท้าย: _____
บาดทะยัก คอตีบ +/- ไอกรน(แบบไม่มีเซลล์): Tdap Tetanus Diphtheria Acellular Pertussis (Tdap) ☐ ไม่สามารถรับวัคซีนได้เนื่องจากเคยแพ้วัคซีน/มีอาการข้างเคียงรุนแรงจากการได้รับวัคซีนครั้งก่อน ระบุอาการข้างเคียง _____	ต้องได้รับวัคซีน Tdap อย่างน้อยหนึ่งครั้งหลังอายุ 11 ปี จากนั้นควรฉีด Td กระตุ้นทุก 10 ปี วันที่รับวัคซีน Tdap: _____
คางทูม หัด หัดเยอรมัน: Mumps, Measles, Rubella (MMR) มีหลักฐานว่ามีภูมิคุ้มกันโรคแล้วจากการเจาะเลือด (IgG) (ถ้ามีภูมิคุ้มกันโรคไม่ครบทุกตัวต้องฉีดวัคซีน ตามเอกสารหมายเลข 2) <u>หรือ</u> รับวัคซีน MMR 1 เข็ม + มีหลักฐานว่าเคยฉีดตั้งแต่เด็กมาแล้ว <u>หรือ</u> รับวัคซีน MMR 2 เข็ม ห่างกัน 4 สัปดาห์ ไม่สามารถรับวัคซีนได้เนื่องจาก ☐ เคยแพ้วัคซีน/มีอาการข้างเคียงรุนแรงจากการได้รับวัคซีนครั้งก่อน ระบุอาการข้างเคียง _____ ☐ แพ้ gelatin, neomycin ☐ อยู่ในระยะภูมิคุ้มกันบกพร่องจากสาเหตุต่างๆ (เช่น ใช้ยากดภูมิคุ้มกัน ยาเคมีบำบัดหรือมีโรคประจำตัวบางชนิด)	☐ เลือกแสดงหลักฐานการเจาะเลือด Measles IgG: วันที่เจาะ _____ ผล: _____ Mumps IgG: วันที่เจาะ _____ ผล: _____ Rubella IgG: วันที่เจาะ _____ ผล: _____ ☐ เลือกแสดงหลักฐานการฉีดวัคซีน (แนบหลักฐานมาพร้อมกันนี้) วันที่รับวัคซีน MMR #1: _____ วันที่รับวัคซีน MMR #2: _____ ☐ ขอรับวัคซีน MMR 1 เข็ม เพราะมีหลักฐานว่าเคยฉีดตั้งแต่เด็กมาแล้ว (แนบมาพร้อมกันนี้) วันที่รับวัคซีน MMR: _____ ☐ ขอรับวัคซีน MMR 1 หรือ 2 เข็ม เพราะตรวจเลือดแล้วไม่มีภูมิคุ้มกันต่อโรค (ตามเอกสารหมายเลข 2) วันที่รับวัคซีน MMR #1: _____ วันที่รับวัคซีน MMR #2: _____ ☐ ขอรับวัคซีน MMR 2 เข็ม เพราะไม่มีประวัติหรือหลักฐานทางการแพทย์ว่าเคยได้รับวัคซีน MMR (ตามเอกสารหมายเลข 3) วันที่รับวัคซีน MMR #1: _____ วันที่รับวัคซีน MMR #2: _____
โรคสุกใส Varicella (Chicken Pox): มีหลักฐานว่ามีภูมิคุ้มกันโรคแล้วจากการเจาะเลือด (IgG) <u>หรือ</u> ไม่มีภูมิต้องรับวัคซีน 2 เข็ม ห่างกันอย่างน้อย 4 สัปดาห์	วันที่เจาะเลือด: _____ ☐ ผลเลือด Varicella IgG เป็นบวก ☐ ผลเลือด Varicella IgG เป็นลบ

ไม่สามารถรับวัคซีนได้เนื่องจาก ☐ เคยแพ้วัคซีน/มีอาการข้างเคียงรุนแรงจากการได้รับวัคซีนครั้งก่อน ระบุอาการข้างเคียง _____ ☐ อยู่ในระยะภูมิคุ้มกันบกพร่องจากสาเหตุต่างๆ (เช่น ใช้ยากดภูมิภูมิคุ้มกัน ยาเคมีบำบัด หรือมีโรคประจำตัวบางชนิด)	วันที่รับวัคซีน #1: _____ วันที่รับวัคซีน #2: _____
ไวรัสตับอักเสบบี: Hepatitis B ตรวจ HBs Ag และ Anti-HBs Ab แสดงหลักฐานแสดงว่ามีภูมิต่อไวรัสตับอักเสบบีจากการเจาะเลือด (Anti-HBs ≥ 10 mIU/mL) ถ้า Anti-HBs < 10 mIU/mL ให้ฉีดวัคซีนให้ครบ 3 เข็มอีก 1 ชุด ณ เดือนที่ 0, 2 และเดือนที่ 4 ตามลำดับ และให้ตรวจระดับภูมิคุ้มกันซ้ำอีกครั้งประมาณ 1-2 เดือนหลังฉีดวัคซีนครบทั้ง 3 เข็มแล้ว ไม่สามารถรับวัคซีนได้เนื่องจาก ☐ เคยแพ้วัคซีน/มีอาการข้างเคียงรุนแรงจากการได้รับวัคซีนครั้งก่อน ระบุอาการข้างเคียง _____	HBs Ag วันที่: _____ ผล ☐ Positive ☐ Negative Anti-HBs titer วันที่: _____ ผล _____ mIU/mL *เฉพาะในกรณีที่ตรวจครั้งแรกแล้ว Anti-HBs < 10 mIU/mL วันที่รับวัคซีน #1: _____ วันที่รับวัคซีน #2: _____ วันที่รับวัคซีน #3: _____ Repeat Anti-HBs titer วันที่: _____ ผล _____ mIU/mL

ตรวจ CXR วันที่ _____ และได้แนบผล X-ray มาพร้อมกันนี้

แนวทางปฏิบัติในการคัดกรองและสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคสำหรับนักศึกษาแพทย์ แพทย์ใช้ทุน และแพทย์ประจำบ้าน แพทย์ประจำบ้านต่อยอด ก่อนเข้าศึกษาหรือปฏิบัติงาน ตั้งแต่ปีการศึกษา 2562 เป็นต้นไป ณ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

1. **การตรวจภาพถ่ายรังสีทรวงอก** (Chest X-ray)

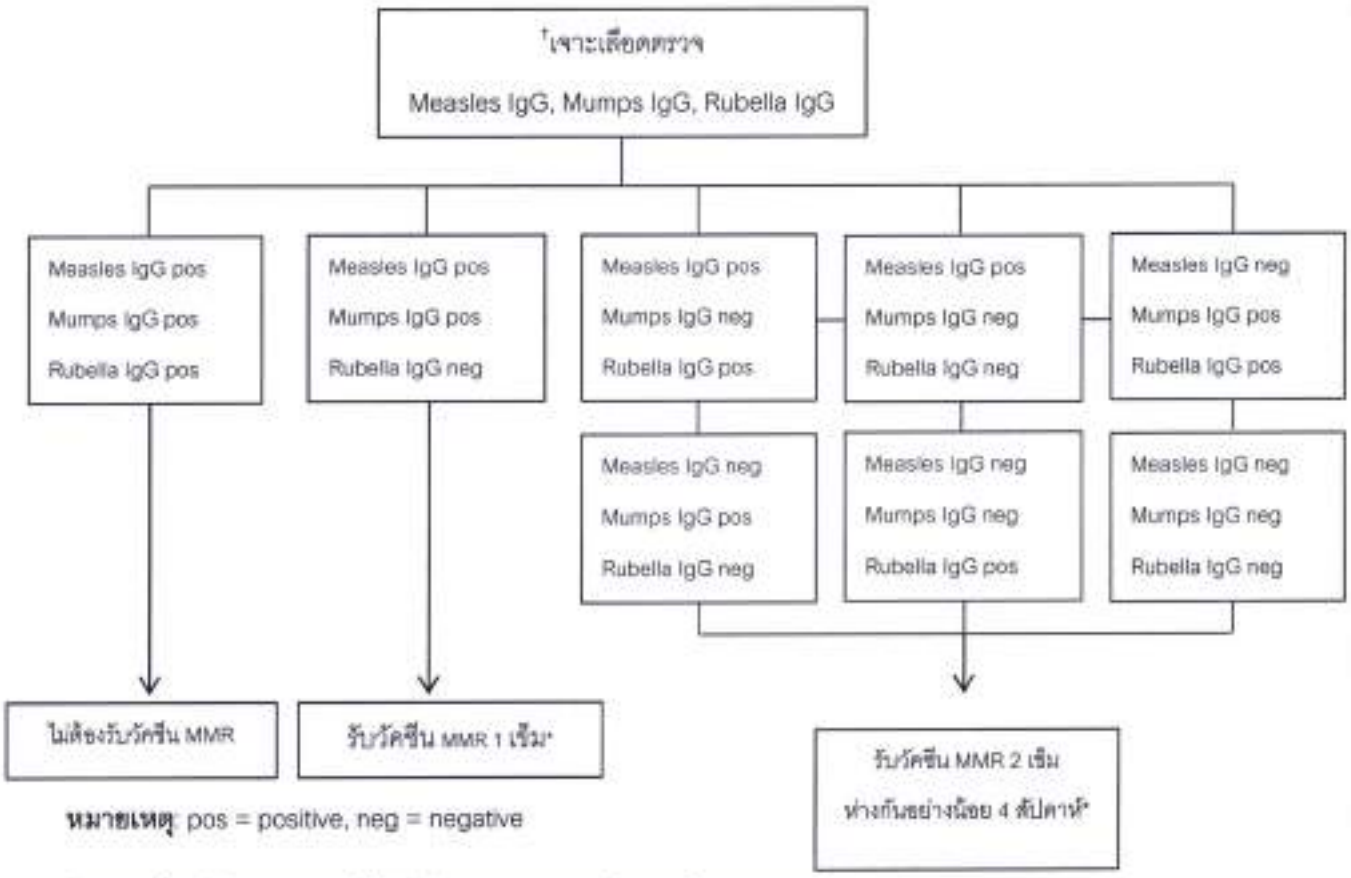
   1.1 นักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 1 และเมื่อขึ้นชั้นปีที่ 4

   ต้องได้รับการตรวจภาพถ่ายรังสีทรวงอกและอ่านผลโดยรังสีแพทย์ให้เรียบร้อยก่อนเปิดภาคเรียน

   1.2 แพทย์ใช้ทุนและแพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 1

   ต้องได้รับการตรวจภาพถ่ายรังสีทรวงอกและอ่านผลโดยรังสีแพทย์ให้เรียบร้อยก่อนเริ่มปฏิบัติงาน และ**แนะนำ**ให้ตรวจปีละครั้ง

2. **วัคซีนป้องกันโรคหัด คางทูม หัดเยอรมัน** (Mumps, Measles, Rubella –MMR vaccine)

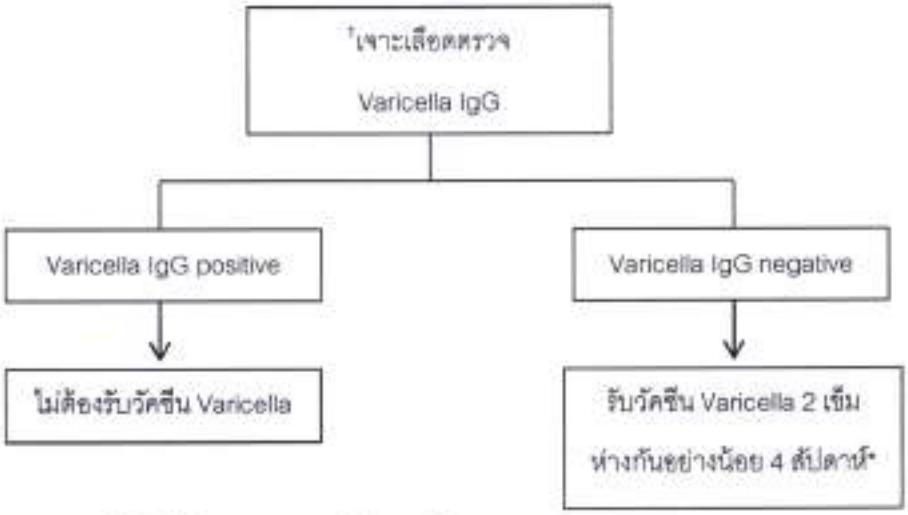


หมายเหตุ: pos = positive, neg = negative

†หากผลเลือดเป็น equivocal ให้ปฏิบัติตามแนวทางเหมือนผลเป็น negative

* หากไม่มีข้อห้ามในการรับวัคซีน

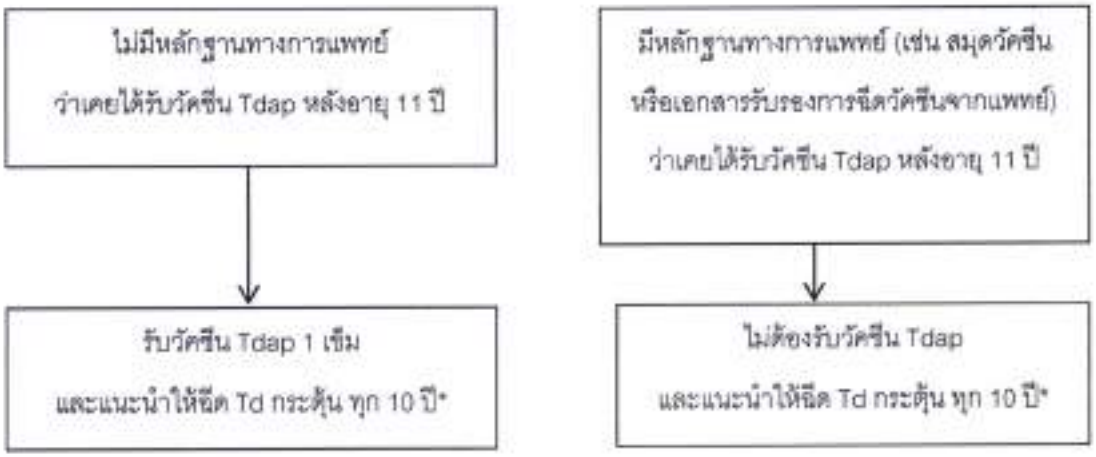
3. **วัคซีนป้องกันโรคสุกใส** (Varicella vaccine)



†หากผลเลือดเป็น equivocal ให้ปฏิบัติตามแนวทางเหมือนผลเป็น negative

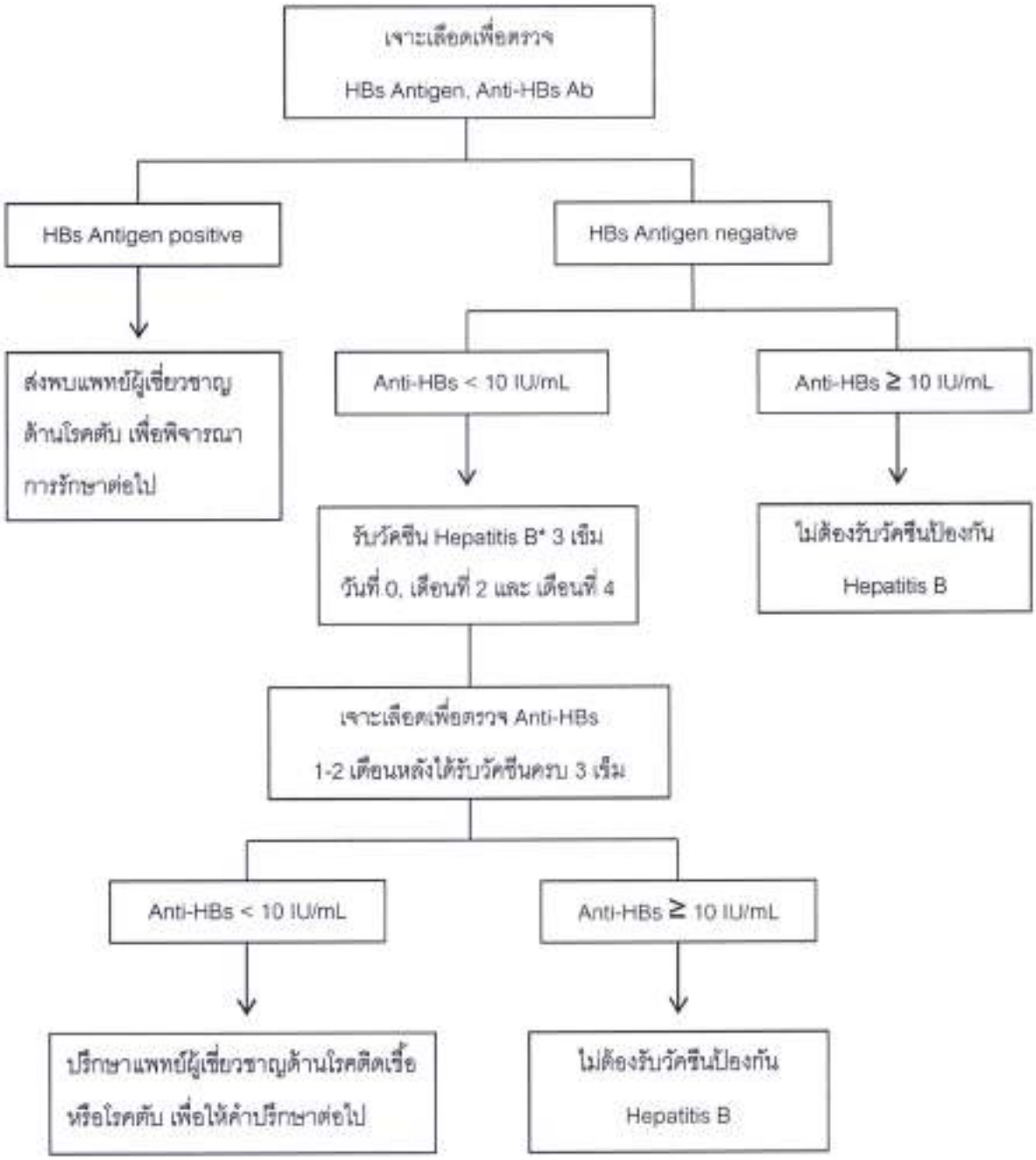
* หากไม่มีข้อห้ามในการรับวัคซีน

4. **วัคซีนป้องกันโรคบาดทะยัก คอตีบ ไอกรนแบบไม่มีเซลล์** (Tetanus, Diphtheria, acellular Pertussis – Tdap vaccine)



* หากไม่มีข้อห้ามในการรับวัคซีน

5. **วัคซีนป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี** (Viral hepatitis B vaccine)



* หากไม่มีข้อห้ามในการรับวัคซีน

6. **วัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่** (Influenza vaccine)

6.1 **สำหรับนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 1 และเมื่อขึ้นชั้นปีที่ 2**

ควรได้รับวัคซีนไข้หวัดใหญ่ชนิด 4 สายพันธุ์ (Quadrivalent Influenza Vaccine) ปีละ 1 ครั้ง เมื่อไม่มีข้อห้ามในการให้วัคซีน

6.2 **เมื่อขึ้นชั้นปีที่ 3 ถึงปีที่ 6 รวมถึงแพทย์ใช้ทุนและแพทย์ประจำบ้านทุกชั้นปี**

ต้องได้รับวัคซีนไข้หวัดใหญ่ชนิด 4 สายพันธุ์ (Quadrivalent Influenza Vaccine) ปีละ 1 ครั้ง เมื่อไม่มีข้อห้ามในการให้วัคซีน

7. **ตารางเวลาในการรับวัคซีนและตรวจเลือด**

	วันที่ 0 ถึง (-14) วัน	วันที่ 0	สัปดาห์ที่ 2	สัปดาห์ที่ 6	สัปดาห์ที่ 10	สัปดาห์ที่ 18	สัปดาห์ที่ 22-26
Mumps, Measles, Rubella IgG	✓						
Varicella IgG	✓						
HBs Antigen, Anti HBs Ab	✓						✓
MMR vaccine		✓		✓			
Varicella vaccine		✓		✓			
Hepatitis B vaccine			✓		✓	✓	
Tdap vaccine					✓		
Influenza vaccine			✓				