



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

เนื่องด้วยคณะกรรมการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในโรงพยาบาล ของโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ได้จัดทำมาตรฐานเชิงนโยบายเรื่อง “แนวทางปฏิบัติในการคัดกรองและสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคสำหรับนักศึกษาแพทย์ แพทย์ใช้ทุน และแพทย์ประจำบ้าน และแพทย์ประจำบ้านต่อยอด ก่อนเข้าศึกษาหรือปฏิบัติงาน ณ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่” โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อใช้เป็นแนวทางในการคัดกรองบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลที่ต้องสัมผัสผู้ป่วย เพื่อลดโอกาสที่บุคลากรจะติดเชื้อโรคที่สามารถป้องกันได้ด้วยวัคซีนและลดการแพร่กระจายเชื้อไปสู่ผู้ป่วย ซึ่งกำหนดไว้ในมาตรฐานการควบคุมโรคในบุคลากรด้านสุขภาพ ตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ.๒๕๖๑ และได้รับความเห็นชอบอนุมัติรับรองเอกสารดังกล่าวตามหนังสือหมายเลข ศธ ๖๕๙๓(๘)๒พร/๕๒๘ แล้วนั้น

ในการนี้ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ขอยกเลิกประกาศโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ เรื่อง การคัดกรองภูมิคุ้มกันโรคติดต่อที่สำคัญและ/หรือ ให้แสดงเอกสารที่เชื่อถือได้ว่าได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันและรักษาโรคแล้วก่อนการปฏิบัติงาน ลงวันที่ ๒๘ มีนาคม พ.ศ.๒๕๖๒ และขอกำหนดให้นักศึกษาแพทย์ แพทย์ใช้ทุน แพทย์ประจำบ้าน และแพทย์ประจำบ้านต่อยอด ที่จะเข้ารับการศึกษาศึกษา/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 ก่อนเข้ารับการศึกษาศึกษา/การฝึกปฏิบัติงาน/ฝึกอบรม ด้วย

จึงประกาศมาเพื่อทราบโดยทั่วกัน

ประกาศ ณ วันที่ ๑๗ เมษายน พ.ศ.๒๕๖๒

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์วิชัย ชื่นจงกลกุล)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

เอกสารแสดงการได้รับวัคซีน และภูมิคุ้มกันต่อโรคติดเชื้อที่สามารถป้องกันได้

ในผู้ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนครเชียงใหม่

ชื่อ- นามสกุล

วัน/เดือน/ปี เกิด อายุ ปี

เหตุผลที่มาปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนครเชียงใหม่

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 [] เกษษกร [] เทคนิคการแพทย์

[] อื่นๆ (ระบุ) _____

ช่วงเวลาที่มาปฏิบัติงาน _____

หน่วยงานที่มาปฏิบัติงาน _____

[] เหตุผลอื่นๆ (ระบุ) _____

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าข้อมูลที่ระบุในเอกสารนี้เป็นความจริงทุกประการ และข้าพเจ้าทราบว่าเป็นความรับผิดชอบของข้าพเจ้าที่จะต้องแจ้งว่าเกิดโรคติดต่อหรือภาวะทางสุขภาพที่อาจมีผลต่อผู้อื่นในระหว่างปฏิบัติงาน ข้อมูลดังกล่าวนี้จะถูกเก็บเป็นความลับ อย่างไรก็ตามในบางโอกาสอาจมีความจำเป็นต้องแจ้งข้อมูลนี้แก่ผู้เกี่ยวข้อง ข้าพเจ้ายินยอมให้โรงพยาบาลแจ้งข้อมูลดังกล่าวให้แก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องตามความเหมาะสม เช่น แพทย์ผู้ดูแล และหน่วยป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในโรงพยาบาลเมื่อเกิดอุบัติเหตุระหว่างการปฏิบัติงาน

ลายเซ็น _____

ตัวบรรจง _____

วันที่ _____

ประวัติการฉีดวัคซีน *โปรดแนบเอกสารการฉีดวัคซีน (เช่น สมุดวัคซีน หรือเอกสารรับรองการฉีดวัคซีนจากแพทย์) และ/หรือผลเลือด

<p>ไขหวัดใหญ่ประจำปี: Seasonal Influenza vaccine</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่สามารถรับวัคซีนได้เนื่องจากเคยแพ้วัคซีนมีอาการข้างเคียงรุนแรงจากการได้รับวัคซีนครั้งก่อน</p> <p>ระบุอาการข้างเคียง _____</p>	<p>วันที่รับวัคซีนครั้งสุดท้าย: _____</p>
<p>บาดทะยัก คอตีบ +/- ไอกรน(แบบไม่มีเซลล์): Tdap Tetanus Diphtheria Acellular Pertussis (Tdap)</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่สามารถรับวัคซีนได้เนื่องจากเคยแพ้วัคซีนมีอาการข้างเคียงรุนแรงจากการได้รับวัคซีนครั้งก่อน</p> <p>ระบุอาการข้างเคียง _____</p>	<p>ต้องได้รับวัคซีน Tdap อย่างน้อยหนึ่งครั้งหลังอายุ 11 ปี</p> <p>จากนั้นควรฉีด Td กระตุ้นทุก 10 ปี</p> <p>วันที่รับวัคซีน Tdap: _____</p>
<p>คางทูม หัด หัดเยอรมัน: Mumps, Measles, Rubella (MMR)</p> <p>มีหลักฐานว่ามีภูมิคุ้มกันโรคแล้วจากการเจาะเลือด (IgG) (ถ้ามีภูมิคุ้มกันโรคไม่ครบทุกตัวต้องฉีดวัคซีน ตามเอกสารหมายเลข 2)</p> <p>หรือ รับวัคซีน MMR 1 เข็ม + มีหลักฐานว่าเคยฉีดตั้งแต่เด็กมาแล้ว</p> <p>หรือ รับวัคซีน MMR 2 เข็ม ห่างกัน 4 สัปดาห์</p> <p>ไม่สามารถรับวัคซีนได้เนื่องจาก</p> <p><input type="checkbox"/> เคยแพ้วัคซีนมีอาการข้างเคียงรุนแรงจากการได้รับวัคซีนครั้งก่อน</p> <p>ระบุอาการข้างเคียง _____</p> <p><input type="checkbox"/> แพ้ gelatin, neomycin</p> <p><input type="checkbox"/> อยู่ในระยะภูมิคุ้มกันบกพร่องจากสาเหตุต่างๆ (เช่น ใช้ยากดภูมิคุ้มกัน ยาเคมีบำบัดหรือมีโรคประจำตัวบางชนิด)</p>	<p><input type="checkbox"/> เลือดแสดงหลักฐานการเจาะเลือด</p> <p>Measles IgG: วันที่เจาะ _____ ผล: _____</p> <p>Mumps IgG: วันที่เจาะ _____ ผล: _____</p> <p>Rubella IgG: วันที่เจาะ _____ ผล: _____</p> <p><input type="checkbox"/> เลือดแสดงหลักฐานการฉีดวัคซีน (แบบหลักฐานมาพร้อมกันนี้)</p> <p>วันที่รับวัคซีน MMR #1: _____</p> <p>วันที่รับวัคซีน MMR #2: _____</p> <p><input type="checkbox"/> ขอรับวัคซีน MMR 1 เข็ม เพราะมีหลักฐานว่าเคยฉีดตั้งแต่เด็กมาแล้ว (แบบมาพร้อมกันนี้)</p> <p>วันที่รับวัคซีน MMR: _____</p> <p><input type="checkbox"/> ขอรับวัคซีน MMR 1 หรือ 2 เข็ม เพราะตรวจเลือดแล้วไม่มีภูมิคุ้มกันต่อโรค (ตามเอกสารหมายเลข 2)</p> <p>วันที่รับวัคซีน MMR #1: _____</p> <p>วันที่รับวัคซีน MMR #2: _____</p> <p><input type="checkbox"/> ขอรับวัคซีน MMR 2 เข็ม เพราะไม่มีประวัติหรือหลักฐานทางการแพทย์ว่าเคยได้รับวัคซีน MMR (ตามเอกสารหมายเลข 3)</p> <p>วันที่รับวัคซีน MMR #1: _____</p> <p>วันที่รับวัคซีน MMR #2: _____</p>
<p>โรคสุกใส Varicella (Chicken Pox):</p> <p>มีหลักฐานว่ามีภูมิคุ้มกันโรคแล้วจากการเจาะเลือด (IgG) หรือ</p> <p>ไม่มีภูมิคุ้มกันต้องรับวัคซีน 2 เข็ม ห่างกันอย่างน้อย 4 สัปดาห์</p>	<p>วันที่เจาะเลือด: _____</p> <p><input type="checkbox"/> ผลเลือด Varicella IgG เป็นบวก</p> <p><input type="checkbox"/> ผลเลือด Varicella IgG เป็นลบ</p>

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

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

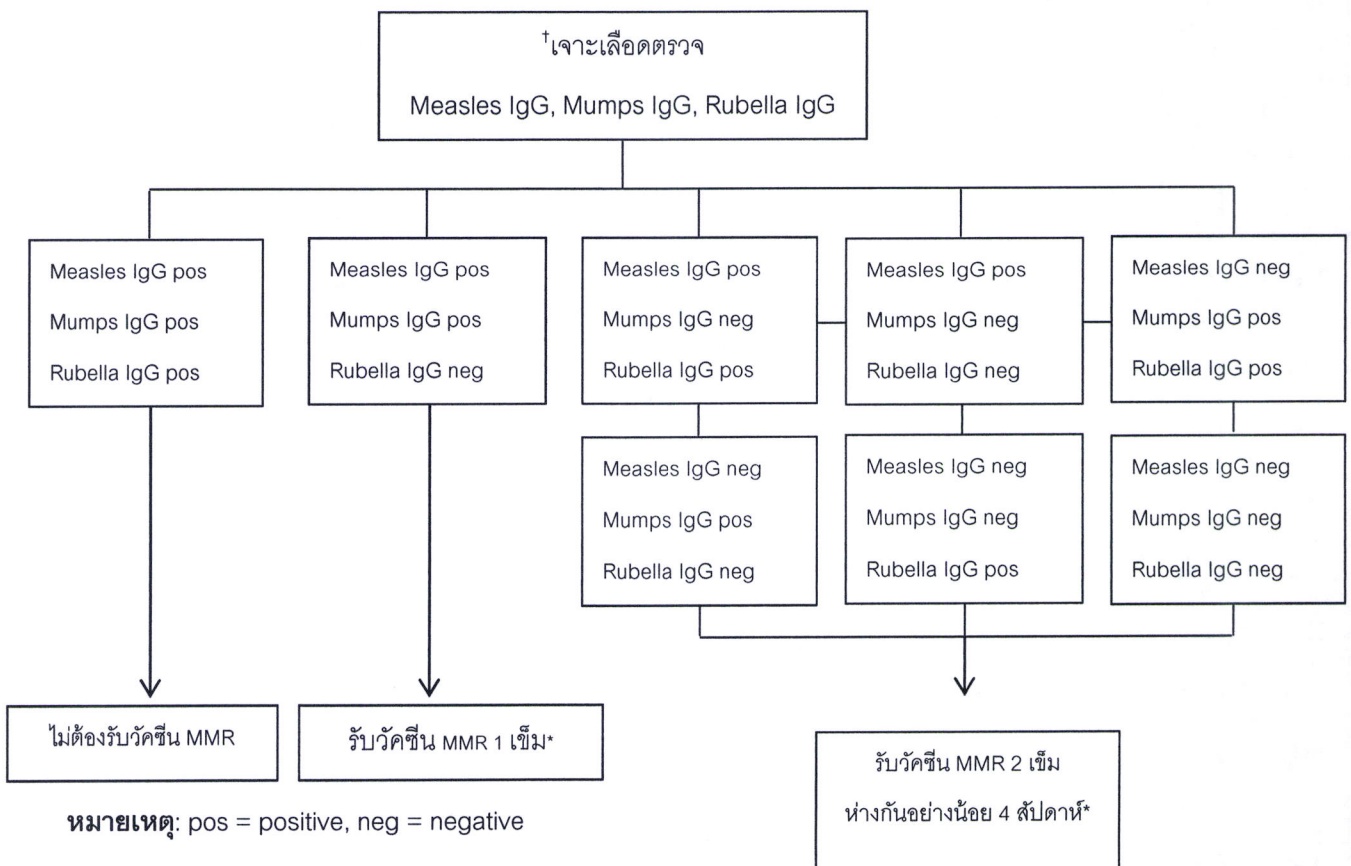
ต้องได้รับการตรวจภาพถ่ายรังสีทรวงอกและอ่านผลโดยรังสีแพทย์ให้เรียบร้อยก่อนเปิดภาคเรียน

1.2 แพทย์ใช้ทุนและแพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 1

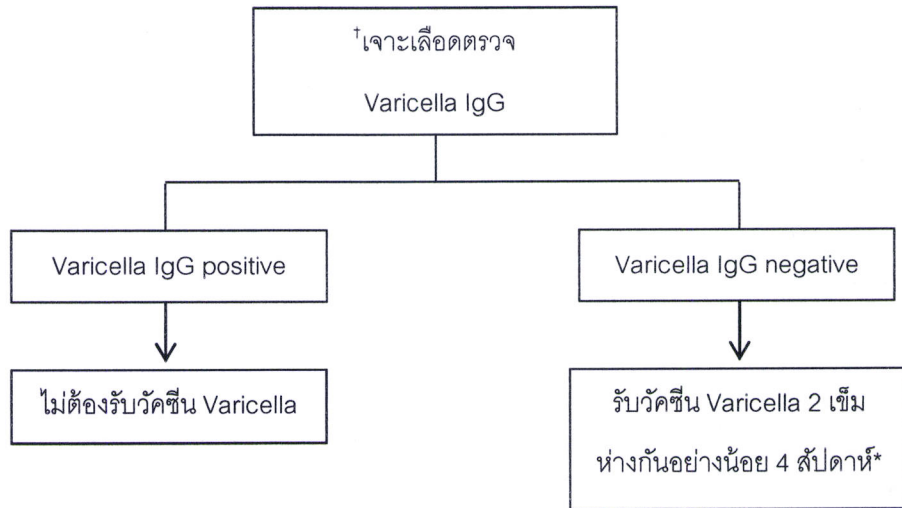
ต้องได้รับการตรวจภาพถ่ายรังสีทรวงอกและอ่านผลโดยรังสีแพทย์ให้เรียบร้อยก่อนเริ่มปฏิบัติงาน

และ**แนะนำ**ให้ตรวจปีละครั้ง

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



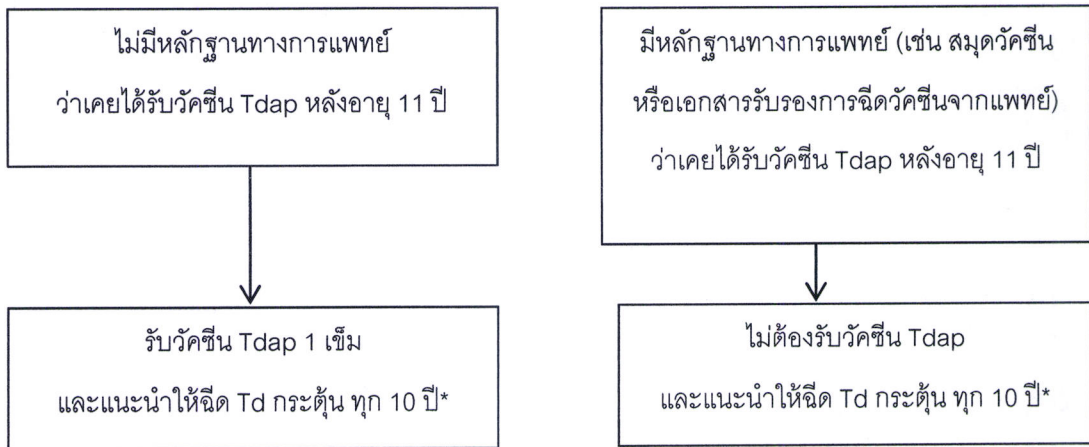
3. วัคซีนป้องกันโรคสุกใส (Varicella vaccine)



[†]หากผลเลือดเป็น equivocal ให้ปฏิบัติตามแนวทางเหมือนผลเป็น negative

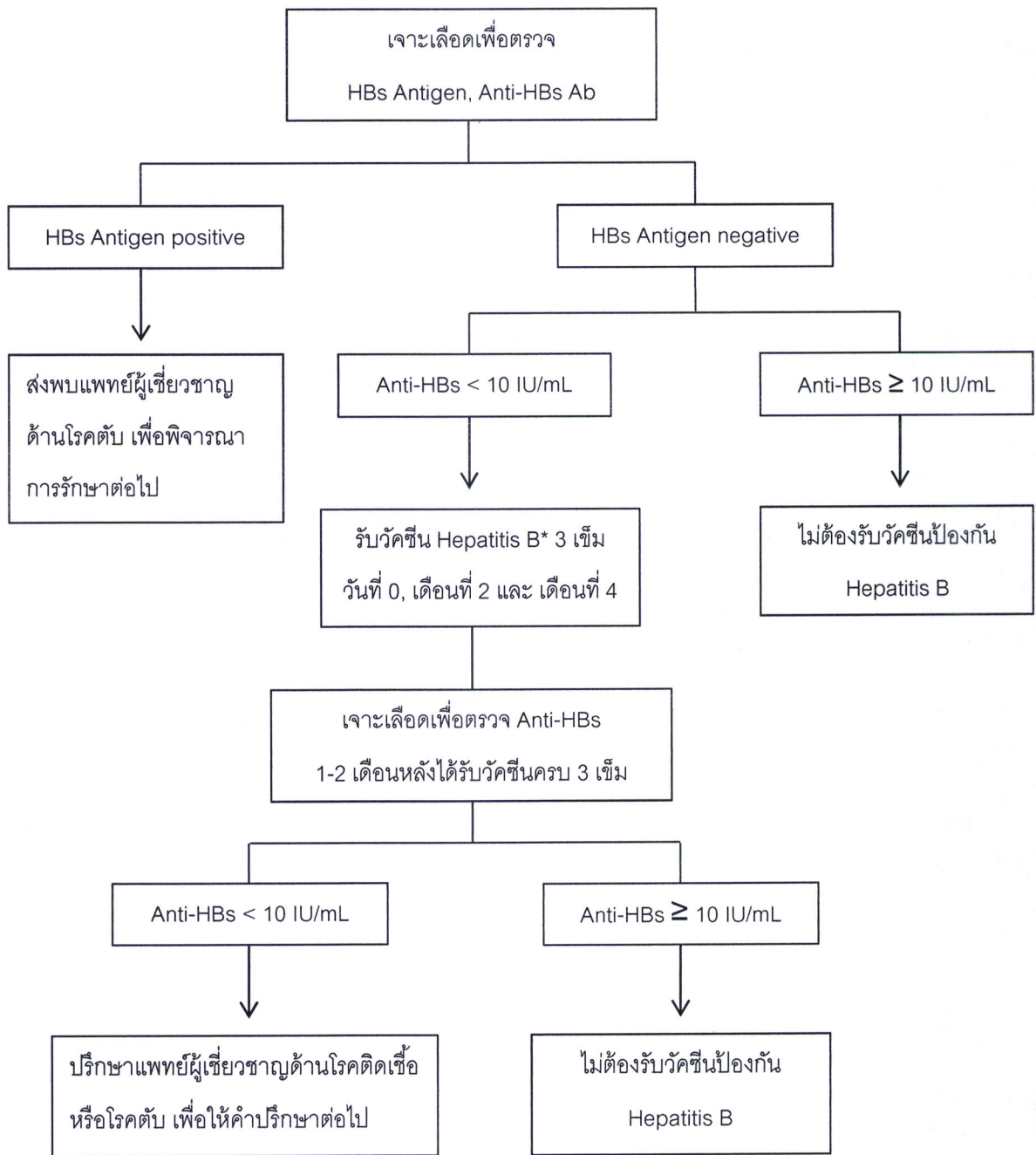
* หากไม่มีข้อห้ามในการรับวัคซีน

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			✓				