

แบบเปลี่ยนแปลงลักษณะงานของตำแหน่งประกอบการคัดกรองภูมิคุ้มกันโรคติดเชื้อที่สำคัญ  
ก่อนการปฏิบัติงาน

ชื่อ-สกุล ..... ตำแหน่ง .....

สังกัด.....

ลักษณะงาน/ภาระงานของตำแหน่งที่มอบหมาย			
ภาระงานเดิม	จัดอยู่ในประเภท (A,B,C,D)	ภาระงานใหม่	จัดอยู่ในประเภท (A,B,C,D)

**ปฏิบัติหน้าที่ตามลักษณะงาน จัดอยู่ในประเภท**

ปฏิบัติหน้าที่ตามลักษณะงาน		ประเภท
สัมผัสเลือด	ดูแลผู้ป่วย/ สัมผัสผู้ป่วย	
สัมผัส	สัมผัส	A
สัมผัส	ไม่สัมผัส	B
ไม่สัมผัส	สัมผัส	C
ไม่สัมผัส	ไม่สัมผัส	D

**คำอธิบายความ**

สัมผัสเลือด หมายถึง การปฏิบัติงานที่มีโอกาสการถูกเลือดหรือผลิตภัณฑ์จากเลือด กระเด็น สัมผัสผิวหนังภายนอก รวมถึงได้รับบาดเจ็บจากการถูกของแหลมคมที่ผ่านใช้งานกับผู้ป่วย เช่น เข็ม มีด กรรไกร และแก้ว ที่มีแทงหรือบาดผ่านทะลุผิวหนังจากการปฏิบัติงาน

ดูแลผู้ป่วย/สัมผัสผู้ป่วย หมายถึง การปฏิบัติงานที่ช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยหรือให้บริการผู้ป่วย

ขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

ลงนาม..... (หัวหน้าภาควิชา/ฝ่าย/งาน)

(.....)