

Incidentrapport Kontakt Blod och Kroppsvätska



EXPOSURE PREVENTION
INFORMATION NETWORK

EPINet is a trademark of the University of Virginia.
Windows is a registered trademark of
Microsoft Corporation in the United States and/or other countries.
Operates in Windows 95 and Windows 98 Environments.
© 2000 Becton, Dickinson and Company.
V3/Sweden

6/2011

Efternamn: _____ Förnamn: _____

Skade ID: (for office use only) S _____ Sjukhus ID: (for office use only) _____ Ifyllt av: _____

1. Skadedatum: 2) Tidspunkt för skadan:

3. Avdelning, där skadan skedde: _____

4. Avdelning, där den skadade är anställd _____

5. Yrkeskategori:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1 Läkare | <input type="checkbox"/> 10 Biomedicinsk Analytiker |
| <input type="checkbox"/> 2 AT läkare | <input type="checkbox"/> 11 Teknikern (icke laboratorium) |
| <input type="checkbox"/> 3 Läkarestudent | <input type="checkbox"/> 12 Tandäkare |
| <input type="checkbox"/> 4 Sjuksköterska | <input type="checkbox"/> 13 Tandsköterska/Hygienist |
| <input type="checkbox"/> 22 Barnmorska | <input type="checkbox"/> 14 Städare/Lokalvårdare |
| <input type="checkbox"/> 4.1 Mentalvårdare | <input type="checkbox"/> 16 Ambulanssjukvårdare |
| <input type="checkbox"/> 5 Undersköterska/Värdbiträde | <input type="checkbox"/> 19 Tvättpersonal |
| <input type="checkbox"/> 7 Kirurgi skötare | <input type="checkbox"/> 20 Vakt/Vaktmästare |
| <input type="checkbox"/> 8 Andra skötare | <input type="checkbox"/> 17 Studerande, beskriv: _____ |
| <input type="checkbox"/> 9 Phlebotomist/venpunktion/IV lag | <input type="checkbox"/> 15 Annat, beskriv: _____ |

5a. Antal år i yrket: _____

6. Var skedde skadan?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1 Patientens rum | <input type="checkbox"/> 10 Behandlingsrum/Undersökningsrum |
| <input type="checkbox"/> 2 Utanför patientend rum (korridor) | <input type="checkbox"/> 11 Kliniskt laboratorium |
| <input type="checkbox"/> 3 Akuten/Akutmottagning | <input type="checkbox"/> 12 Obduktion/patologi |
| <input type="checkbox"/> 4 Intensivvårdsavdelning | <input type="checkbox"/> 13 Serviceavdelning |
| <input type="checkbox"/> 5 Operation/Uppvakning | <input type="checkbox"/> 16 Förlösningrum |
| <input type="checkbox"/> 6 Primärvården | <input type="checkbox"/> 17 Hemvård |
| <input type="checkbox"/> 7 Blodbanken | <input type="checkbox"/> 19 Hemsjukvården |
| <input type="checkbox"/> 8 Venpunktion centrum | <input type="checkbox"/> 14 Annat, beskriv: _____ |
| <input type="checkbox"/> 9 Dialysenhet | |

7. Gick patientkällen att identifiera?

- 1 Ja 2 Nej 3 Vet ej 4 Ej aktuellt

8. Vilka kroppsvätskor förekom vid incidenten? (markera det som är relevant)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Blod eller blodprodukter | <input type="checkbox"/> Peritoneal vätska |
| <input type="checkbox"/> Kräk | <input type="checkbox"/> Tårvätska |
| <input type="checkbox"/> Sputum | <input type="checkbox"/> Fostervatten |
| <input type="checkbox"/> Saliv | <input type="checkbox"/> Urin |
| <input type="checkbox"/> Cerebrospinal vätska | <input type="checkbox"/> Annat, beskriv: _____ |

8a. Var kroppsvätskan synligen kontaminerad med blod? Ja Nej Vet ej

9. Var kroppsdelen som utsattes: (markera det som är relevant)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Intakt hud | <input type="checkbox"/> Näsa (slemhinna) |
| <input type="checkbox"/> Icke intact hud (sår, eksem tex.) | <input type="checkbox"/> Mun (slemhinna) |
| <input type="checkbox"/> Ögon (konjunktiva) | <input type="checkbox"/> Annat, beskriv: _____ |

10. Blodet eller kroppsvätskan: (markera det som är relevant)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Kom i kontakt med oskyddad hud | <input type="checkbox"/> Trängde igenom skyddskläder |
| <input type="checkbox"/> Kom i kontakt med huden i skarv mellan skyddskläder | <input type="checkbox"/> Trängde igenom kläder |

11. Vilka skyddskläder bars vid incidenten: (markera det som är relevant)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ett par handskar (operations/undersökningshandskar) | <input type="checkbox"/> Munskydd |
| <input type="checkbox"/> Två par handskar (operations/undersökningshandskar) | <input type="checkbox"/> Operationskläder |
| <input type="checkbox"/> Skyddsglasögon | <input type="checkbox"/> Plastförkläde |
| <input type="checkbox"/> Glasögon (ej skyddsglasögon) | <input type="checkbox"/> Skyddsrock i tyg |
| <input type="checkbox"/> Glasögon med sidoskydd | <input type="checkbox"/> Laboratorierock, annan, beskriv: _____ |
| <input type="checkbox"/> Visir | <input type="checkbox"/> Annat, beskriv: _____ |

12. Var incidenten ett resultat av:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1 Direkt patientkontakt | <input type="checkbox"/> 5 Anna specimen behållare läckte/spilldes ut |
| <input type="checkbox"/> 2 Specimen(kroppsvätska) behållare läckte, spilldes ut | <input type="checkbox"/> 6 Kom i kontakt med kontaminerad utrustning/yta |
| <input type="checkbox"/> 3 Specimen behållare gick sönder | <input type="checkbox"/> 7 Kom i kontakt med kontaminerad lakan/kläder |
| <input type="checkbox"/> 4 Infusionsaggregat/påse läckte/gick sönder | <input type="checkbox"/> 8 Vet ej |
| <input type="checkbox"/> 10 Sond/andningstub/annan tub läckte/stänkte | <input type="checkbox"/> 9 Annat, beskriv: _____ |

Om det var frågan om något fel på en product, vnligen specificera: Typ av utrustning: _____

Tillverkare: _____

13. Hur länge var blodet eller kroppsvätskan i kontakt med din hud eller slemhinna?

- 1 Mindre än 5 minuter
- 2 5-14 minuter
- 3 15 minuter till 1 timme
- 4 Mer än en timme

14. Hur mycket blod eller kroppsvätska kom i kontakt med din hud eller slemhinna?

- 1 Liten mängd (5 ml, till en tesked)
- 2 Medelstor mängd (upp till 50 ml, ¼ kopp)
- 3 Stor mängd (mer än 50 ml)

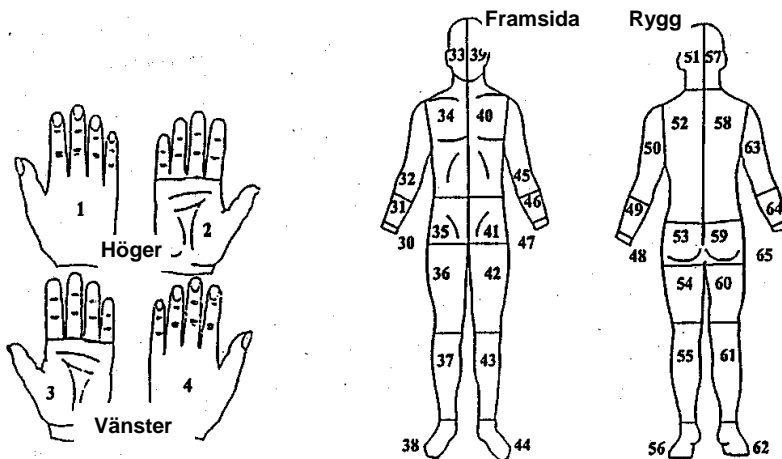
15. Kroppsdel som blev utsatt:

Skriv siffran på upp till tre kroppsdelar på de tomma raderna nedan:

Kroppsdel som blev mest utsatt: _____

Kroppsdel som blev medelmycket utsatt: _____

Kroppsdel som blev lite utsatt: _____



16. Beskriv omständigheterna som ledde till incidenten:

Är du vaccinerad mot Hep B?

- 1 Ja
- 2 Nej
- 3 Vetej
- 3 Annat

Var pat hepatit eller HIV-bärare?

- 1 B
- 2 B+C
- 3 B+HIV
- 4 C
- 5 C+HIV
- 6 HIV
- 7Ja