

Raport ekspozycji na krew i płyny ustrojowe/ Sala Oper.



Nazwisko: _____ Imię: _____

Nr ident. (tylko do użytku wew) **B** _____ Nr ident. jednostki (tylko do użytku wew) _____

1. Data ekspozycji: 2. Godz. ekspozycji:

3. Chirurgiczne usługi:
- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1 Ogólny | <input type="checkbox"/> 6 ucha/nosa/gardła | <input type="checkbox"/> 11 Transplants |
| <input type="checkbox"/> 2 Sercowo | <input type="checkbox"/> 7 Neurochirurgia | <input type="checkbox"/> 12 okulistyka |
| <input type="checkbox"/> 3 Położnik/cesarskie cięcie | <input type="checkbox"/> 8 Plastyczny | <input type="checkbox"/> 13 Thoracic |
| <input type="checkbox"/> 4 Ginekologia | <input type="checkbox"/> 9 Urologia | |
| <input type="checkbox"/> 5 Ortopedyczny | <input type="checkbox"/> 10 Oral/stomatolog | <input type="checkbox"/> 99 Inny usługi opisać: _____ |

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.
V1.7e Poland OR, L&D 6/2012

4. Chirurgiczne procedure wykonywane: _____

4a. Czy to endoskopowe lub laparoscopic procedura?
 1 Tak 2 Nie 3 Nieznany 4 Nie dotyczy

5. Kategoria zawodowa osoby ekspozowanej: (zaznacz tylko jedną odpowiedź)
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1 Chirurg (prowadzący) | <input type="checkbox"/> 10 Instrumentariuszka w czasie ekspozycji |
| <input type="checkbox"/> 2 Chirurg (rezydent) | <input type="checkbox"/> 1 Pielęgniarka dyplomowana |
| <input type="checkbox"/> 3 Położnik/Ginekolog (prowadzący) | <input type="checkbox"/> 2 Pielęgniarka asystująca na sali operacyjnej |
| <input type="checkbox"/> 4 Położnik /Ginekolog (rezydent) | <input type="checkbox"/> 3 Nielicencjonowany personel asystujący |
| <input type="checkbox"/> 5 Anestezjolog (prowadzący) | <input type="checkbox"/> 11 Inny pielęgniarka |
| <input type="checkbox"/> 6 Anestezjolog (rezydent) | <input type="checkbox"/> 12 Student/ka pielęgniarstwa |
| <input type="checkbox"/> 7 Pielęgniarka anestezjologiczna | <input type="checkbox"/> 13 Asystent na sali operacyjnej |
| <input type="checkbox"/> 8 Student medycyny, rotacja pracy→ | <input type="checkbox"/> 14 Prac. utrzymania czystości / salowa |
| <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> chirurgia | <input type="checkbox"/> 99 Inny pracownik, opis: _____ |
| <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> anestezjologia | |
| <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> gin/poł | |
| <input type="checkbox"/> 9 Pielęgniarka" rotacyjna", będąca na miejscu w chwili ekspozycji | |
| <input type="checkbox"/> 1 Pielęgniarka dyplomowana | |
| <input type="checkbox"/> 2 Pielęgniarka asystująca na sali operacyjnej | |
| <input type="checkbox"/> 3 Nielicencjonowany personel asystujący | |

5a. Jeśli zranieniu uległ członek zespołu anestezjologicznego, to jaki zabieg anestezjologiczny wykonywano w momencie ekspozycji?
opisz: _____

6. Gdzie doszło do ekspozycji? (zaznacz tylko jedną odpowiedź)
- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1 Obszar przedoperacyjny | <input type="checkbox"/> 8 W miejscu nakłucia pacjenta (wprowadzenie cewnika naczyniowego/iniekcja, itd.) |
| <input type="checkbox"/> 2 Na stoliku typu Mayo (do instrumentów chirurgicznych) | <input type="checkbox"/> 9 W miejscu wykonania iniekcji (urządzenie dostępu dożylnego) |
| <input type="checkbox"/> 3 Na tylnym stole | <input type="checkbox"/> 10 Na podłodze sali operacyjnej |
| <input type="checkbox"/> 4 W operowanym miejscu/ranie | <input type="checkbox"/> 11 W sali przedoperacyjnej |
| <input type="checkbox"/> 5 Na polu chirurgicznym (w pobliżu operowanego miejsca) | <input type="checkbox"/> 12 Sala pooperacyjna (wybudzeniowa) |
| <input type="checkbox"/> 6 Na aparacie do znieczulania | <input type="checkbox"/> 99 Inny pracownik, opis: _____ |
| <input type="checkbox"/> 7 Stolik do znieczulania | |

7. Czy zidentyfikowano pacjenta jako źródło? (zaznacz tylko jedną odpowiedź)
 1 Tak 2 Nie 3 Nieznany 4 Nie dotyczy

- 8) Rodz. płynu ustrojowego, który spowodował ekspozycję: (zaznacz wszystkie, których dotyczy)
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Krew i produkty krwiopochodne | <input type="checkbox"/> Płyn otrzewnowy |
| <input type="checkbox"/> Wymiociny | <input type="checkbox"/> Płyn opłucnowy |
| <input type="checkbox"/> Plwocina | <input type="checkbox"/> Płyn owodniowy |
| <input type="checkbox"/> Ślina | <input type="checkbox"/> Mocz |
| <input type="checkbox"/> Płyn mózgowo-rdzeniowy | <input type="checkbox"/> Inny, opis: _____ |

Czy płyn ustrojowy był w widoczny sposób skażony krwią? Tak Nie Nieznany

- Narażoną częścią ciała były: (zaznacz wszystkie, których dotyczy)
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Skóra nieuszkodzona | <input type="checkbox"/> Nos (śluzówka) |
| <input type="checkbox"/> Skóra uszkodzona | <input type="checkbox"/> Usta (śluzówka) |
| <input type="checkbox"/> Oczy (spojówki) | <input type="checkbox"/> Inny, opis: _____ |

10. Czy krew lub płyn ustrojowy: (zaznacz wszystkie, których dotyczy)
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Miał kontakt z niezabezpieczoną skórą | <input type="checkbox"/> Przeciekł/prześląkł przez środek będący barierą/ochroną |
| <input type="checkbox"/> Miał kontakt ze skórą w luce pomiędzy środkami ochronnymi | <input type="checkbox"/> Prześląkł przez ubranie |
| <input type="checkbox"/> Dotknij skóry poprzez łyż w rękawicy | |

