

# Incidentrapport Kontakt Blod och Kroppsvätska/Operation



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.  
V1.7d Sweden OR, L&D

5/2012

Efternamn: \_\_\_\_\_ Förnamn: \_\_\_\_\_

Skade ID: (handläggarens anteckningar) **B** \_\_\_\_\_ Sjukhus ID: (handläggarens anteckningar) \_\_\_\_\_

1) Incidentdatum:

2) Tidpunkt för incidenten:

- 3) Kirurgavdelning: \_\_\_\_\_
- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1 Allmän                | <input type="checkbox"/> 6 ÖNH          | <input type="checkbox"/> 11 Transplantation       |
| <input type="checkbox"/> 2 Hjärt-kärl            | <input type="checkbox"/> 7 Neurokirurgi | <input type="checkbox"/> 12 Oftalmologi           |
| <input type="checkbox"/> 3 Obstetrik/Kejsarsnitt | <input type="checkbox"/> 8 Plastik      | <input type="checkbox"/> 13 Torax                 |
| <input type="checkbox"/> 4 Gynekologi            | <input type="checkbox"/> 9 Urologi      |   |
| <input type="checkbox"/> 5 Ortopedi              | <input type="checkbox"/> 10 Oral/Dental | <input type="checkbox"/> 99 Annan, beskriv: _____ |

4) Kirurgiskt ingrepp som utfördes: \_\_\_\_\_

4a) Utfördes ingreppet med endoskopi/laparoskopi?

- 1 Ja  2 Nej  3 Vet ej  4 Ej aktuellt

5) Vilken yrkeskategori tillhör den drabbade anställde: (kryssa endast i en ruta)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1 Kirurg (överläkare) ange specialitet _____   | <input type="checkbox"/> 9 Pass på salen <input type="checkbox"/> 1 Sköterska <input type="checkbox"/> 2 Op.ass. <input type="checkbox"/> 3 U-sköterska            |
| <input type="checkbox"/> 2 Kirurg (ST-läkare) ange specialitet _____  | <input type="checkbox"/> 10 Instrument. sköterska → <input type="checkbox"/> 1 Sköterska <input type="checkbox"/> 2 Op.ass. <input type="checkbox"/> 3 U-sköterska |
| <input type="checkbox"/> 3 Ob/Gyn (överläkare)  | <input type="checkbox"/> 11 Annan sjuksköterska  |
| <input type="checkbox"/> 4 Ob/Gyn (ST-läkare)   | <input type="checkbox"/> 12 Sjuksköterskeelev  |
| <input type="checkbox"/> 5 Anestesiläkare (överläkare)  | <input type="checkbox"/> 13 Vårdbiträde  |
| <input type="checkbox"/> 6 Anestesiläkare (ST-läkare)   | <input type="checkbox"/> 14 Vaktmästare  |
| <input type="checkbox"/> 7 Anestesisköterska  |  |
| <input type="checkbox"/> 8 Läkarestudent, ange rotation → <input type="checkbox"/> kirurg <input type="checkbox"/> anestesi <input type="checkbox"/> ob-gyn <input type="checkbox"/> 99 Annat, beskriv: _____ |  |

5a) Om incidenten drabbade någon bland anestesipersonalen, vilken anestesirelaterad uppgift utfördes vid tidpunkten för incidenten?  
Beskriv: \_\_\_\_\_

6) Var inträffade incidenten? (kryssa endast i en ruta)

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1 Preoperativa området                            | <input type="checkbox"/> 8 Vid patientens punktionsställe (under insättning av kärlkateter/injektion osv.) |
| <input type="checkbox"/> 2 Vid assistentbordet                             | <input type="checkbox"/> 9 Vid stället för injektion i IV-utrustningen                                     |
| <input type="checkbox"/> 3 Vid instrumentbordet                            | <input type="checkbox"/> 10 På operationssalens golv   |
| <input type="checkbox"/> 4 I operationsstället/sårat                       | <input type="checkbox"/> 11 I operationssalens tillbehörsrum   |
| <input type="checkbox"/> 5 Inom operationsområdet (nära operationsstället) | <input type="checkbox"/> 12 Uppvakningsavdelning   |
| <input type="checkbox"/> 6 På anesthesiutrustning                          |  |
| <input type="checkbox"/> 7 På anestesivagn                                 | <input type="checkbox"/> 99 Annat, beskriv: _____  |

7) Gick patientkällan att identifiera? (kryssa endast i en ruta)

- 1 Ja  2 Nej  3 Vet ej  4 Ej aktuellt

8) Vilka kroppsvätskor förekom vid incidenten? (kryssa för alla aktuella)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Blod eller blodprodukter | <input type="checkbox"/> Peritonealvätska      |
| <input type="checkbox"/> Uppkastningar/maginhåll  | <input type="checkbox"/> Pleuravätska          |
| <input type="checkbox"/> Sputum                   | <input type="checkbox"/> Fostervatten          |
| <input type="checkbox"/> Saliv                    | <input type="checkbox"/> Urin                  |
| <input type="checkbox"/> Cerebrospinalvätska      | <input type="checkbox"/> Annat, beskriv: _____ |

Var kroppsvätskan synligt kontaminerad med blod?  Ja  Nej  Vet ej

9) Var kroppsdelen som utsattes: (kryssa för alla aktuella)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Intakt hud       | <input type="checkbox"/> Näsa (slemhinna)      |
| <input type="checkbox"/> Icke Intakt hud  | <input type="checkbox"/> Mun (slemhinna)       |
| <input type="checkbox"/> Ögon (bindhinna) | <input type="checkbox"/> Annat, beskriv: _____ |

10) Blodet eller kroppsvätskan: (kryssa för alla aktuella)

- |  |  |
|--|--|
| <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/underkläder |
| <input type="checkbox"/> Kom i kontakt med huden genom en trasig handske     |  |

11) Vilka skyddskläder bars vid incidenten? (kryssa för alla aktuella)

- Ett par handskar av latex eller vinyl
- Två par handskar av latex eller vinyl
- Skyddsglasögon
- Glasögon (ej skyddsglasögon)
- Glasögon med sidoskydd
- Visir
- Munskydd
- Munskydd med ögonskydd
- Operationskläder, för engångsbruk
- Operationskläder, återanvändbara
- Annat, beskriv: \_\_\_\_\_

11a) Om operationskläder användes, vilken typ?

- 1 Tyg, standard med ett skikt
- 2 Tyg, förstärkt
- 3 Plast, förstärkt/med ytbeläggning
- 4 Blandmaterial (flera skikt)

12) Var incidenten ett resultat av: (kryssa endast i en ruta)

- 1 Direkt patientkontakt
- 2 Kontakt med kontaminerad utrustning/yta
- 3 Kontakt med kontaminerade op.-dukar/lakan/kläder osv.
- 4 Provbekållare läckte/spilldes ut/gick sönder
- 5 Slang (blod, sug, dränage osv.) läckte/kopplades bort/gick sönder
- 6 Påse/pump läckte/spilldes ut/gick sönder
- 7 Intuberingsslang gick sönder/stänkte
- 8 Sugbehållare spilldes ut/läckte/gick sönder
- 9 Annan vätskebehållare spilldes ut/läckte/gick sönder
- 10 Annat utrustnings-/hanteringsfel
- 11 Vet ej
- 99 Annat, beskriv: \_\_\_\_\_

12a) Om det berodde på utrustningsfel, vänligen specificera: Typ av utrustning: \_\_\_\_\_

12b) Tillverkare: \_\_\_\_\_

13) Hur länge var blodet eller kroppsvätskan i kontakt med din hud eller slemhinna? (kryssa för ett alternativ)

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

14) Hur mycket blod eller kroppsvätska kom i kontakt med din hud eller slemhinna? (kryssa för ett alternativ)

- 1 Liten mängd (upp till 5 ml (en tesked))
- 2 Medelstor mängd (upp till 50 ml (en 1/4 kopp))
- 3 Stor mängd (mer än 50 ml)

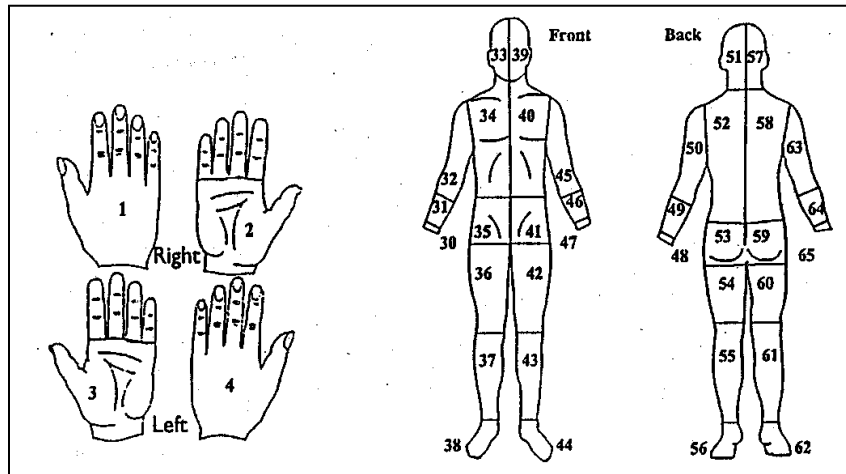
15) Kroppsdelen som utsattes:

Skriv siffrorna för upp till tre utsatta kroppsdelar på de tomma raderna nedan.

Kroppsdelen som blev mest utsatt: \_\_\_\_\_

Kroppsdelen som blev medelmycket utsatt: \_\_\_\_\_

Kroppsdelen som blev lite utsatt: \_\_\_\_\_



16) Beskriv omständigheterna som ledde till incidenten (ange om det inbegrep utrustningsfel):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

17) För den drabbade anställde: Tror du att någon annan rutin för utrustningskontroll, administrativ rutin eller arbetsrutin skulle kunna ha förhindrat incidenten?  1 Ja  2 Nej  3 Vet inte

Beskriv: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Kostnad:**

\_\_\_\_\_ **Laboratorierelaterade kostnader** (*Hb, HCV, HIV, andra tester*)  
Anställd sjukvårdspersonal  
Källa  
\_\_\_\_\_ **Behandling** (*HBIG, Hb-vaccin, stelkramp, annan*)  
Anställd sjukvårdspersonal  
Källa  
\_\_\_\_\_ **Avdelningskostnader** (*Akutavd., Företagshälsa, annan*)  
\_\_\_\_\_ **Andra kostnader** (*Arbetsersättning, operation, annan*)  
\_\_\_\_\_ **TOTALT** (*avrunda till närmaste krona*)

**Ska denna incident rapporteras till arbetsmiljöverket?**

1 Ja  2 Nej  3 Vet inte

Om ja, hur många dagar fick du vara borta från arbetet? \_\_\_\_\_

Dagar med begränsad arbetsförmåga? \_\_\_\_\_

**Uppfyller incidenten Läke-medelsverkets kriterier för rapportering om medicinteknisk utrustning?** (Ja om trasig utrustning orsakande en allvarlig skada som krävde medicinsk eller kirurgisk behandling, eller dödsfall inträffade inom 10 arbetsdagar från tidpunkten för incidenten.)

1 Ja (Om ja, följ Läke-medelsverkets rapporteringsprotokoll)  2 Nej  3 Vet inte