

Raport ekspozycji na krew i płyny ustrojowe



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 Poland

8/2012

Nazwisko: _____ Imię: _____

Nr Ident. ekspozycji: (tylko do użytku wewn.) **B** _____ Nr Ident. jednostki: (tylko do użytku wew) _____

1) Data ekspozycji: 2) Godz. ekspozycji:

3) Oddział / klinika gdzie doszło do ekspozycji: _____

4) Jednostka macierzysta: _____ liczba łóżek:

5) Kategoria zawodowa osoby ekspozowanej: (zaznacz tylko jedną odpowiedź)

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1 Lekarz (również specjalista) – rodzaj specjalizacji _____ | <input type="checkbox"/> 12 Stomatolog | |
| <input type="checkbox"/> 2 Lekarz (rezydent/asystent/stażysta) – rodzaj specjal. _____ | <input type="checkbox"/> 13 Asystentka / higienistka stomatolog. | |
| <input type="checkbox"/> 3 Student medycyny | <input type="checkbox"/> 14 Prac. utrzymania czystości / salowa | |
| <input type="checkbox"/> 4 Pielęgniarka =====> | <input type="checkbox"/> 19 Pracownik pralni | |
| <input type="checkbox"/> 1 Dyplomowana | <input type="checkbox"/> 20 Pracownik ochrony | |
| <input type="checkbox"/> 5 Student/ka pielęgniarstwa | <input type="checkbox"/> 16 Ratownik medyczny | |
| <input type="checkbox"/> 2 Kurs kwalifik. | <input type="checkbox"/> 17 Inny student / uczeń | |
| <input type="checkbox"/> 18 Asystent pielęgn./noszowy | <input type="checkbox"/> 3 Specjalistka | <input type="checkbox"/> 21 Pracownik sterylizacji |
| <input type="checkbox"/> 8 Inny personel pomocniczy | <input type="checkbox"/> 5 Położna | <input type="checkbox"/> 15 Inny pracownik, opisz : _____ |
| <input type="checkbox"/> 10 Prac. laboratorium (klinicznego) | | |
| <input type="checkbox"/> 11 Technik (nie laborat.) | | |

6) Gdzie doszło do ekspozycji? (zaznacz tylko jedną odpowiedź)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1 Sala chorych | <input type="checkbox"/> 9 Stacja Dializ |
| <input type="checkbox"/> 2 Oddział poza Salą chorych (korytarz, dyżurka piel., etc.) | <input type="checkbox"/> 10 Pokój Zabiegowy / RTG, EKG, Inne: _____ |
| <input type="checkbox"/> 3 Oddział Ratunkowy, Izba Przyjęć / OPD | <input type="checkbox"/> 11 Laboratorium (kliniczne) |
| <input type="checkbox"/> 4 Oddz. Intensywnej Terapii: typ: _____ | <input type="checkbox"/> 12 Sala Sekcyjna / Patomorfologia |
| <input type="checkbox"/> 5 Sala Operacyjna / Sala Budzeń | <input type="checkbox"/> 13 Dz. obsługi (Pralnia, Zaopatrzenie, usuwanie odpadów) |
| <input type="checkbox"/> 6 Poradnia | <input type="checkbox"/> 16 Sala Porodowa |
| <input type="checkbox"/> 7 Stacja Krwiodawstwa | <input type="checkbox"/> 17 Opieka Domowa |
| <input type="checkbox"/> 8 Pokój Pobrań Krwi | <input type="checkbox"/> 14 Inne, opisz: _____ |

7) Czy zidentyfikowano pacjenta jako źródło? (zaznacz tylko jedną odpowiedź)

- 1 Tak 2 Nie 3 Nie wiadomo 4 Nie dotyczy

8) Rodzaj 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"/> Płwocina | <input type="checkbox"/> Płyn owodniowy |
| <input type="checkbox"/> Ślina | <input type="checkbox"/> Mocz |
| <input type="checkbox"/> Płyn mózgowo-rdzeniowy | <input type="checkbox"/> Inny, opisz: _____ |

Czy płyn ustrojowy był w widoczny sposób skażony krwią?

- Tak Nie Nie wiadomo

9) 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"/> Inna, opisz: _____ |

10) Czy krew lub płyn ustrojowy: (zaznacz wszystkie, których dotyczy)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Miał kontakt z niezabezpieczoną skórą | <input type="checkbox"/> Przeciekł /prześlął przez środek będący barierą / ochrona |
| <input type="checkbox"/> Miał kontakt ze skórą w luce pomiędzy środkami ochronnymi | <input type="checkbox"/> Prześlął przez ubranie |

11) Jakie środki barierowe / ochronne były założone w czasie ekspozycji: (zaznacz wszystkie, których dotyczy)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Pojedyncza para rękawiczek lateksowych / winylowych | <input type="checkbox"/> Maski chirurgicznej |
| <input type="checkbox"/> Podwójna para rękawiczek lateksowych / winylowych | <input type="checkbox"/> Fartuch chirurgiczny |
| <input type="checkbox"/> Gogle | <input type="checkbox"/> Fartuch plastikowy |
| <input type="checkbox"/> Okulary (nie będące środkiem ochronnym) | <input type="checkbox"/> Fartuch laboratoryjny (nie będący środkiem ochronnym) |
| <input type="checkbox"/> Okulary z osłoną boczną | <input type="checkbox"/> Fartuch laboratoryjny: (inny) |
| <input type="checkbox"/> Osłona na twarz | <input type="checkbox"/> Inny, Opisz: _____ |

12) Narażenie było wynikiem: (zaznacz tylko jedną odpowiedź)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1 Bezpośredniego kontaktu z pacjentem | <input type="checkbox"/> 5 Przeciekania / Przekłucia innego pojemnika na płyny ustrojowe |
| <input type="checkbox"/> 2 Przeciekania/przekłucia pojemnika na próbkę | <input type="checkbox"/> 6 Dotknięcia skażonego sprzętu / powierzchni |
| <input type="checkbox"/> 3 Pęknięcia pojemnika na próbkę | <input type="checkbox"/> 7 Dotknięcia skażonych: okrycia, pościeli, fartucha, itp. |
| <input type="checkbox"/> 4 Przeciekania / pęknięcia linii infuzyjnej I.V./ worka / pompy | <input type="checkbox"/> 8 Nie wiadomo |
| <input type="checkbox"/> 10 Rozłączenia/ Przeciekania/ Rozprysnięcia z rur respiratora/ Zestawu do żywienia / innej rury/przewodu : _____ | <input type="checkbox"/> 9 Inne, Opisz: _____ |

Jeśli była awaria sprzętu, proszę wymienić: Rodzaj sprzętu: _____
Producent: _____

13) Jak długo miał miejsce kontakt krwi / płynu ustrojowego z twoją skórą / śluzówkami ? (zaznacz tylko jedną odpowiedź)

- 1 krócej niż 5 minut
- 2 5-14 minut
- 3 15 minut do 1 godziny
- 4 dłużej niż 1 godzinę

14) Jak dużo krwi / płynu ustrojowego miało kontakt ze skórą / śluzówkami? (zaznacz tylko jedną odpowiedź)

- 1 Niewielka ilość (do 5 ml lub 1 łyżeczka do herbaty)
- 2 Umiarkowana ilość (do 50 ml lub ¼ szklanki)
- 3 Duża ilość (więcej niż 50 ml)

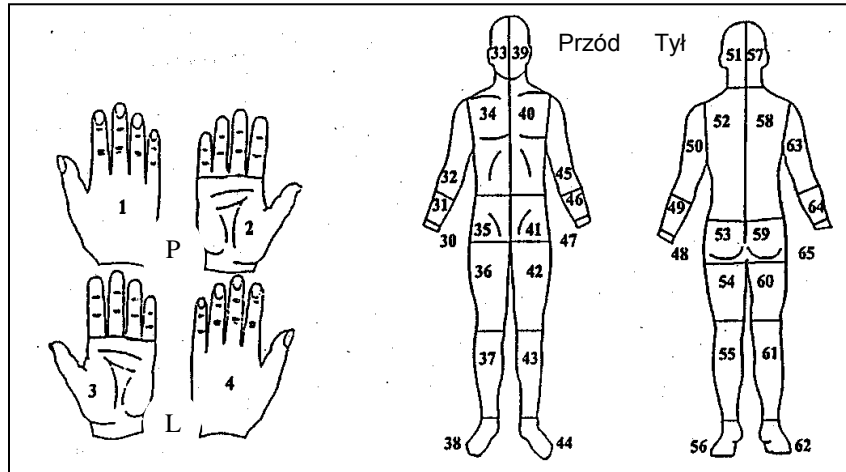
15) Umieszczenie narażenia:

Wpisz numer oznaczający pole lokalizacji do trzech miejsc skażonych w puste pola poniżej.

Największa powierzchnia narażenia: _____

Umiarkowana powierzchnia narażenia: _____

Najmniejsza powierzchnia narażenia: _____



16) Opisz okoliczności prowadzące do narażenia (zaznacz jeśli była awaria / niesprawność sprzętu):

19) Czy zdarzenie zgłoszono jako wypadek w pracy? 1 Tak 2 Nie 3 Nie wiadomo

20) Czy orzeczono niezdolność do pracy? 1 Tak 2 Nie 2 Nie wiadomo
Na ile dni: _____