

# Hlášení o expozici krve a tělesných tekutin

Příjmení: \_\_\_\_\_ Jméno: \_\_\_\_\_

Identifikační číslo úrazu: (pouze pro admin. účely) **B** \_\_\_\_\_

Identifikační číslo zařízení: (pouze pro admin. účely) \_\_\_\_\_ Vyplnil: \_\_\_\_\_

1) Datum úrazu:       2) Čas úrazu:

3) Jednotka/oddělení, kde k nehodě došlo: \_\_\_\_\_

4) Zaměstnavající klinika: \_\_\_\_\_

5) Jaká je pracovní kategorie pracovníka, u kterého došlo k úrazu: (zaškrtněte pouze jedno políčko)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1 Lékař (s atestací) specifikujte odbornost _____   | <input type="checkbox"/> 11 Laborant (nepracující v laboratoři) |
| <input type="checkbox"/> 2 Lékař (bez atestace) specifikujte odbornost _____ | <input type="checkbox"/> 12 Stomatolog                          |
| <input type="checkbox"/> 3 Student medicíny                                  | <input type="checkbox"/> 13 Zubní hygienik                      |
| <input type="checkbox"/> 4 Zdravotní sestra-VYBERTE POUZE JEDNU MOŽNOST⇒     | <input type="checkbox"/> 14 Pomocnice/uklízečka                 |
| <input type="checkbox"/> 5 Studentka zdravotnické školy                      | <input type="checkbox"/> 19 Pracovník prádelny                  |
| <input type="checkbox"/> 18 Ošetřovatel/ka                                   | <input type="checkbox"/> 20 Ochranka                            |
| <input type="checkbox"/> 7 personál na operačním sále                        | <input type="checkbox"/> 16 Zdravotnický záchranář              |
| <input type="checkbox"/> 8 Sanitář/ka  | <input type="checkbox"/> 17 Jiný student                        |
| <input type="checkbox"/> 9 Flebotomista/ i.v. tým                            | <input type="checkbox"/> 15 Jiné, popište: _____                |
| <input type="checkbox"/> 10 Pracovník klinické laboratoře                    |   |

6) Kde k úrazu došlo? (zaškrtněte pouze jedno políčko)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1 Pokoj pacienta  | <input type="checkbox"/> 9 Dialyzační jednotka (hemodialýza a peritoneální dialýza)               |
| <input type="checkbox"/> 2 Mimo pokoj pacienta (chodba, sesterská stanice, vyšetřovna) | <input type="checkbox"/> 10 Vyšetřovací místnost (RTG, EKD)                                       |
| <input type="checkbox"/> 3 Oddělení pohotovosti  | <input type="checkbox"/> 11 Klinické laboratoře   |
| <input type="checkbox"/> 4 JIP/ARO: specifikujte typ: _____                            | <input type="checkbox"/> 12 Márnice/patologie   |
| <input type="checkbox"/> 5 Operační sál/pooperační místnost                            | <input type="checkbox"/> 13 Servis/pomocné služby (prádelna, centrální zásobení, nakládání, atd.) |
| <input type="checkbox"/> 6 Ambulance   | <input type="checkbox"/> 16 Porodní sál   |
| <input type="checkbox"/> 7 Transfuzní stanice  | <input type="checkbox"/> 17 Domácí ošetření   |
| <input type="checkbox"/> 8 Odběrové centrum  | <input type="checkbox"/> 14 Jiné, popište: _____  |

7) Byl zdrojový pacient identifikovatelný? (zaškrtněte pouze jedno políčko)

- 1 Ano  2 Ne  3 Nevím  4 Neuplatňuje se

8) Které tělesné tekutiny byly exponovány? (zaškrtněte vše, co platí)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Krev a krevní produkty | <input type="checkbox"/> Peritoneální tekutina |
| <input type="checkbox"/> Zvratky                | <input type="checkbox"/> Pleurální tekutina    |
| <input type="checkbox"/> Sputum                 | <input type="checkbox"/> Amniová tekutina      |
| <input type="checkbox"/> Sliny                  | <input type="checkbox"/> Moč                   |
| <input type="checkbox"/> Mozkomíšni mok         | <input type="checkbox"/> Jiné, popište: _____  |

Byla tělesná tekutina viditelně kontaminována krví?  Ano  Ne  Není známo

9) Byla exponovaná část: (zaškrtněte vše, co platí)

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Intaktní kůže  | <input type="checkbox"/> Nos (sliznice)       |
| <input type="checkbox"/> Poškozená kůže | <input type="checkbox"/> Ústa (sliznice)      |
| <input type="checkbox"/> Oči (spojivka) | <input type="checkbox"/> Jiné, popište: _____ |

10) Krev nebo tělesná tekutina: (zaškrtněte vše, co platí)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> přišla do kontaktu s nechráněnou kůží                | <input type="checkbox"/> prosákla přes ochrannou část oděvu nebo ochranný oděv |
| <input type="checkbox"/> přišla do kontaktu s kůží v mezeře v ochranném oděvu | <input type="checkbox"/> prosákla přes oděv                                    |

11) Které typy ochranných oděvů byly použity v době expozice: (zaškrtněte vše, co platí)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Jeden pár latexových/vinilových rukavic   | <input type="checkbox"/> Chirurgická maska                              |
| <input type="checkbox"/> Dvojitý pár latexových/vinilových rukavic | <input type="checkbox"/> Chirurgický plášť                              |
| <input type="checkbox"/> Ochranné brýle                            | <input type="checkbox"/> Plastový kryt                                  |
| <input type="checkbox"/> Brýle (nikoli ochranné)                   | <input type="checkbox"/> Laboratorní plášť, oděv (nikoli ochranný oděv) |
| <input type="checkbox"/> Brýle s postranními kryty                 | <input type="checkbox"/> Laboratorní plášť, ostatní                     |
| <input type="checkbox"/> Obličejový štít                           | <input type="checkbox"/> Jiné, popište: _____                           |

12) Byla expozice výsledkem: (zaškrtněte pouze jedno políčko)

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1 přímého kontaktu pacienta                                   | <input type="checkbox"/> 5 vylití/úniku z jiného kontejneru na tělesné tekutiny        |
| <input type="checkbox"/> 2 vylití/úniku z kontejneru na vzorky                         | <input type="checkbox"/> 6 dotyku s kontaminovaným nástrojem/povrchem                  |
| <input type="checkbox"/> 3 rozbití kontejneru na vzorky                                | <input type="checkbox"/> 7 kontaktu s kontaminovanou rouškou/potahem/operačním pláštěm |
| <input type="checkbox"/> 4 únikem/rozbitím i.v. hadičky/vaku                           | <input type="checkbox"/> 8 Neznámý   |
| <input type="checkbox"/> 10 výživa/ventilátor/jiná samostatná trubice/únik/vystříknutí | <input type="checkbox"/> 9 Jiné, popište: _____  |

V případě selhání vybavení, specifikujte, prosím: Typ vybavení: \_\_\_\_\_

Výrobce: \_\_\_\_\_

13) Jak dlouho byla krev nebo tělesná tekutina v kontaktu s Vaší kůží nebo sliznicí? (zaškrtněte jednu možnost)

- 1 Méně než 5 minut
- 2 5-14 minut.
- 3 15 minut až 1 hodinu
- 4 Více než 1 hodinu

14) Kolik krve/tělesné tekutiny bylo v kontaktu s Vaší kůží nebo sliznicí? (zaškrtněte jednu možnost)

- 1 Malé množství (do 5 ml nebo až 1 čajová lžička)
- 2 Střední množství (do 50 ml nebo až 1 polévková lžice)
- 3 Velké množství (více než 50 ml)

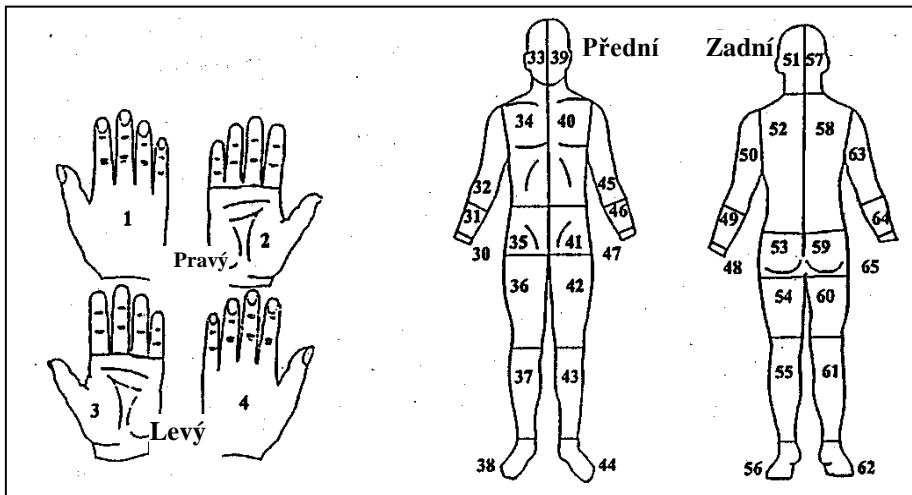
15) Lokalizace expozice:

Napište do prázdných polí níže maximálně tři exponované části těla

Největší plocha expozice: \_\_\_\_\_

Střední plocha expozice: \_\_\_\_\_

Nejmenší plocha expozice: \_\_\_\_\_



16) Popište okolnosti vedoucí k této expozici (uveďte, prosím, zda došlo k poruše funkce zařízení):

---



---



---



---

Cena

\_\_\_\_\_ **Laboratorní náklady** (Hb, HCV, HIV, jiná vyšetření)  
 \_\_\_\_\_ Zdravotnický pracovník  
 \_\_\_\_\_ Zdroje  
 \_\_\_\_\_ **Léčebná profylaxe** (HBIG, Hb vakcína, tetanus, ostatní)  
 \_\_\_\_\_ Zdravotnický pracovník  
 \_\_\_\_\_ Zdroj  
 \_\_\_\_\_ **Náklady na služby** (Oddělení neodkladné péče, zdraví zaměstnance, ostatní)  
 \_\_\_\_\_ **Ostatní náklady** (kompenzace pracovníka, chirurgický zákrok, ostatní)  
 \_\_\_\_\_ **CELKEM** (zaokrouhlete na nejbližší částku)

Splnil tento incident kritéria nutnosti hlášení vyšší instituci?  1 Ano  2 Ne  3 Nevím

Pokud ano, dny mimo práci? \_\_\_\_\_  
 Dny omezené pracovní aktivity? \_\_\_\_\_

Byla nutná lékařská nebo chirurgická intervence nebo došlo k úmrtí, během 10 dnů?  1 Ano  2 Ne  3 Nevím