

Skaderapport ved eksponering av blod og kroppsvæke



Etternavn: _____ Fornavn: _____

Skade ID: **B** _____ Sykehus ID: _____ Completed By: _____

1) Dato for skade: 2) Tidspunkt for skade:

3) Avdeling, der skaden skjedde: _____

4) Avdeling, der den skadede er ansatt: _____

5) Stillingskategori, for den skadde: (velg en tittel)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1 Overlege | <input type="checkbox"/> 12 Tannlege |
| <input type="checkbox"/> 2 Assistentlege | <input type="checkbox"/> 13 Tannpleier (<i>tannlege</i>) |
| <input type="checkbox"/> 3 Medisinerstudent | <input type="checkbox"/> 14 Renholder |
| <input type="checkbox"/> 4 Sykepleier | <input type="checkbox"/> 19 Vaskerimedarbeider |
| <input type="checkbox"/> 5 Sykepleierstudent | <input type="checkbox"/> 16 Ambulanse personell |
| <input type="checkbox"/> 10 Bioingeniør | <input type="checkbox"/> 17 Annet, under utdanning, definer |
| <input type="checkbox"/> 11 Radiograf | <input type="checkbox"/> 15 Annet, definer: _____ |

5a) Antall år I jobben: _____

6) Hvor skjedde skaden? (velg ett område)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1 På pasientrom | <input type="checkbox"/> 9 Dialyseavdeling |
| <input type="checkbox"/> 2 Utenfor pasientrom | <input type="checkbox"/> 10 Spesialundersøkelsesrom (<i>Røntgen, EKG, Card. Lab., etc.</i>) |
| <input type="checkbox"/> 3 Akuttmottak | <input type="checkbox"/> 11 Klinisk laboratorium |
| <input type="checkbox"/> 4 Intensivavdeling | <input type="checkbox"/> 12 Patalogisk avdeling |
| <input type="checkbox"/> 5 Anestesi/Operasjon/Postoperativ | <input type="checkbox"/> 13 Serviceområde (<i>vask, lager, etc.</i>) |
| <input type="checkbox"/> 6 Poliklinikk/Dag-kirurgisk | <input type="checkbox"/> 16 Fødestue |
| <input type="checkbox"/> 7 Blodbank | <input type="checkbox"/> 17 Kommunekelse tjeneste |
| <input type="checkbox"/> 8 Poliklinikk for blodprøvetaking | <input type="checkbox"/> 14 Annet, definer: _____ |

7) Kunne smittekilden identifiseres?

- 1 Ja 2 Nei 3 Ukjent 4 Ikke aktuelt

8) Hvilke kroppsvæsker har du vært i kontakt med? (velg alle relevante)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Blod eller blodprodukter | <input type="checkbox"/> Peritoneal væske |
| <input type="checkbox"/> Vomit | <input type="checkbox"/> Pleura væske |
| <input type="checkbox"/> Expektorat | <input type="checkbox"/> Fostervann |
| <input type="checkbox"/> Sputt | <input type="checkbox"/> Urin |
| <input type="checkbox"/> Cerebrospinal væske | <input type="checkbox"/> Annet, definer: _____ |

Var kroppsvæsken synlig kontaminert med blod? Ja Nei Ukjent

9) Var den utsatte kroppsdelen: (velg alle relevante)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Intact hud | <input type="checkbox"/> Nese (<i>slimhinne</i>) |
| <input type="checkbox"/> Ikke intakt hud (<i>sår, eksem, etc.</i>) | <input type="checkbox"/> Munn (<i>slimhinne</i>) |
| <input type="checkbox"/> Øyne (<i>konjunktiva</i>) | <input type="checkbox"/> Annet, definer: _____ |

10) Kom blodet eller kroppsvæsken i kontak med: (velg alle relevante)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ubeskyttet hud | <input type="checkbox"/> Trakk igjennom beskyttelsklær |
| <input type="checkbox"/> Hudområde, som ikke var dekket av beskyttelselær | <input type="checkbox"/> Trakk igjennom klær |

11) Hvilket beskyttelsesutstyr var i bruk under hendelsen? (velg alle relevante)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Et par hansker | <input type="checkbox"/> Munnbind |
| <input type="checkbox"/> To par hansker | <input type="checkbox"/> Operasjonsfrakk |
| <input type="checkbox"/> Beskyttelsesbriller | <input type="checkbox"/> Plastforkle |
| <input type="checkbox"/> Briller (ikke beskyttelsesbriller) | <input type="checkbox"/> Overtrekksklær I stoff |
| <input type="checkbox"/> Briller med sidebeskyttelse | <input type="checkbox"/> Overstrekksklær, annet |
| <input type="checkbox"/> Visir | <input type="checkbox"/> Annet, definer: _____ |

12) Var skaden et resultat av: (velg ett av alternativene)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1 Direkte pasientkontakt | <input type="checkbox"/> 5 Lekkasje fra annen kroppsvæskebeholder (<i>drenpose, etc.</i>) |
| <input type="checkbox"/> 2 Prøvebeholder uterr, ølt ut | <input type="checkbox"/> 6 Kontakt med kontaminert utstyr/overflate |
| <input type="checkbox"/> 3 Prøvebeholder ødelagt/knust | <input type="checkbox"/> 7 Kontakt med kontaminert oppdekkingsutstyr/sengetøy/tøy eller liknende. |
| <input type="checkbox"/> 4 Infusjonsaggregat/pose utett/defekt | <input type="checkbox"/> 8 Ukjent |
| <input type="checkbox"/> 10 Sonde/respiratorslange/annen slange med lekkasje, spesifiser type: _____ | <input type="checkbox"/> 9 Annet, definer: _____ |

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.

V1.3/Norway

3/2004

13) **Hvor lenge var blodet eller kroppsvæsken i kontakt med din hud eller slimhinne?** (velg ett av alternativene)

- 1 Mindre enn 5 minutter
- 2 5-14 minutter
- 3 15 minutter til 1 time
- 4 Mere enn 1 time

14) **Hvor mye blod eller kroppsvæske kom i kontakt med din hud eller slimhinne?**(velg ett av alternativene)

- 1 Små mengder (5 ml, opp til en full teskje)
- 2 Moderat mengder (opp til 50 ml)
- 3 Stor mengder (mere enn 50 ml)

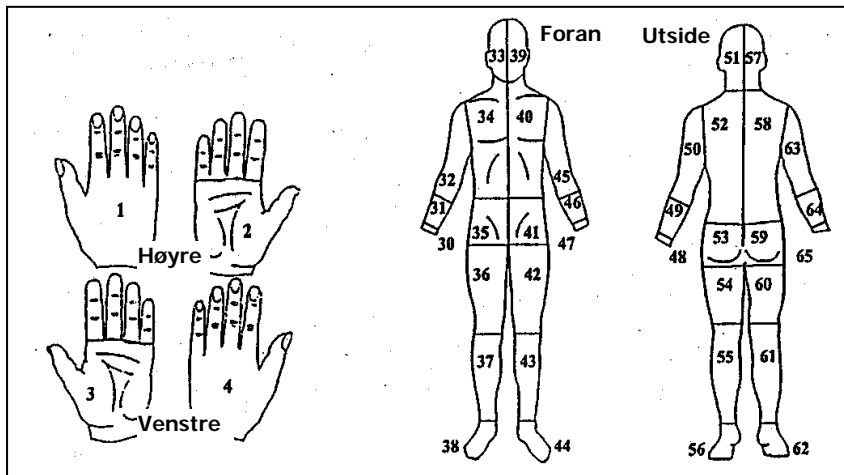
15) **Kroppsdeler som ble eksponert:**

Skriv tallet på opp til tre forskjellige kroppsdeler på linjene nedenfor:

Kroppsdeler som ble mest eksponert: _____

Kroppsdeler, som ble moderat eksponert: _____

Kroppsdeler, som ble minst eksponert: _____



16) **Beskriv omstendighetene som førte til skaden:** (eksempelvis produktfeil/svikt i rutiner)

17) **Vurderer du som skadet, at en annen arbeidsrutine eller prosedyre kunne ha forhindre skaden?**

- 1 Ja
- 2 Nei
- 3 Ukjent
