

# Jednolity Raport Zakłuć i Zranień

Nazwisko: \_\_\_\_\_ Imię: \_\_\_\_\_

Nr Ident. (tylko do użytku wew) **S** \_\_\_\_\_ Nr Ident. Jednostki (tylko do użytku wew) \_\_\_\_\_

1) Data urazu:      2) Godz. urazu:    
dd mm rok godz min

3) Oddział/klinika gdzie doszło do ekspozycji: \_\_\_\_\_

4) Jednostka macierzysta: \_\_\_\_\_ Łóżka-liczba

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 czynności / salowa  |
| <input type="checkbox"/> 4 Pielęgniarka =====>   | <input type="checkbox"/> 19 Pracownik pralni                     |
| <input type="checkbox"/> 5 Student/ka pielęgniarstwa                                   | <input type="checkbox"/> 20 Pracownik ochrony                    |
| <input type="checkbox"/> 18 Asystent pielęg./noszowy                                   | <input type="checkbox"/> 16 Ratownik medyczny                    |
| <input type="checkbox"/> 8 Inny personel pomocniczy                                    | <input type="checkbox"/> 17 Inny student / uczeń                 |
| <input type="checkbox"/> 10 Prac. laboratorium (klinicznego)                           | <input type="checkbox"/> 21 Pracownik sterylizacji               |
| <input type="checkbox"/> 11 Technik (nie laborat.)                                     | <input type="checkbox"/> 15 Inny pracownik, opisz : _____        |

6) Gdzie doszło do zaklucia? (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 Pobrania 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) Czy pracownik był pierwotnym użytkownikiem ostrego przedmiotu? (zaznacz tylko jedną odpowiedź)

- 1 Tak  2 Nie  3 Nie wiadomo  4 Nie dotyczy

9) Czy ostre narzędzie było: (zaznacz tylko jedną odpowiedź)

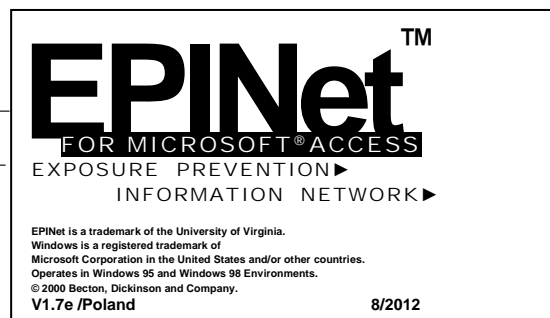
- 1 Skażone (znane narażenia – pacjent lub skażony sprzęt) =====> czy była widoczna krew na ostrzu?  1 Tak
- 2 Nieskażone (nieznane narażenia – pacjent lub skażony sprzęt)  2 Nie
- 3 Nie wiadomo

10) Pierwotny cel użycia ostrego przedmiotu (zaznacz tylko jedną odpowiedź)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1 Nieznany / nie dotyczy   | <input type="checkbox"/> 16 Kaniulacja tętnicy/żyły centralnej   |
| <input type="checkbox"/> 2 Iniekcja I.M./S.C. lub Inna iniekcja przezskórna (strzykawka z igłą)   | <input type="checkbox"/> 9 Pobranie płynu ustrojowego / tkanki (mocz, płyn m-rdz. / owodniowy, inny płyn, biopsja) |
| <input type="checkbox"/> 3 Przeplukanie Heparyną / solą fizj. (strzykawka)  | <input type="checkbox"/> 10 Nakłucie palca / pięty / płatka ucha   |
| <input type="checkbox"/> 4 Inna iniekcja do (lub aspiracja z) dostępu I.V. lub Portu I.V. (strzykawka z igłą)   | <input type="checkbox"/> 11 Szycie   |
| <input type="checkbox"/> 5 Celem połączenia z linią I.V. (przerwane infuzje I.V./przez Port w zestawie infuzyjnym (piggyback) lub inne połączenie z I.V.) | <input type="checkbox"/> 2 Cięcie  |
| <input type="checkbox"/> 6 Celem kaniulacji żyły obwodowej / "igła motylek"   | <input type="checkbox"/> 17 Wiercenie  |
| <input type="checkbox"/> 7 Pobranie próbki krwi żyłnej  | <input type="checkbox"/> 13 Nóż elektryczny  |
| <input type="checkbox"/> 8 Pobranie próbki krwi tętnicznej  | <input type="checkbox"/> 14 Celem przechowania próbki lub leku (przedmiot szklany)                                 |
- Ukłucie bezpośrednie?  Pobranie z linii naczyniowej?

11) Uraz nastąpił: (zaznacz tylko jedną odpowiedź)

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1 Przed użyciem sprzętu   | <input type="checkbox"/> 8 Inne: po użyciu a przed umieszczeniem w pojemniku na odpady (przenoszenie do pojemnika, sprzątanie, sortowanie, etc.) |
| <input type="checkbox"/> 2 W czasie użycia sprzętu   | <input type="checkbox"/> 9 Przez przedmiot pozostawiony na lub obok pojemnika na ostre odpady  |
| <input type="checkbox"/> 15 Pacjent przytrzymywany   | <input type="checkbox"/> 10 Podczas wkładania do pojemnika na ostre odpady   |
| <input type="checkbox"/> 3 Pomiędzy etapami procedury wieloetapowej (pomiędzy kolejnym wstrzyknięciem, podawanie sprzętu, etc.)          | <input type="checkbox"/> 11 Po użyciu: ukłucie przez ostrze wystające z otworu pojemnika na zużyty ostry sprzęt                                  |
| <input type="checkbox"/> 4 Demontaż sprzętu  | <input type="checkbox"/> 12 Ukłucie przez ostry przedmiot, który przebiło ścianę pojemnika na ostre odpady                                       |
| <input type="checkbox"/> 5 Przygotowanie do kolejnego użycia sprzętu wielokrotnego użycia (czyszczenie, dezynfekcja, sterylizacja, etc.) | <input type="checkbox"/> 13 Po usunięciu: ostrze przebiło worek na odpady lub inny nieodpowiedni pojemnik na zużyty sprzęt                       |
| <input type="checkbox"/> 6 Powtórne nakładanie nasadki na użytą igłę   | <input type="checkbox"/> 14 Inny, opisz: _____   |
| <input type="checkbox"/> 7 Wyciąganie igły z korka gumowego lub innego materiału stawiającego opór (zatyczka gumowa, port I.V. etc.)     |  |
| <input type="checkbox"/> 16 Sprzęt zostawiony na: stole, łóżku, innym niewłaściwym miejscu   |  |



- 12) Jaki typ sprzętu spowodował uraz? (zaznacz tylko jedną odpowiedź)  Igła ze światłem  
 Narzędzie chirurgiczne  
 Szkło

Jakim przedmiotem doszło do urazu? (zaznacz tylko jedną kratkę tylko w jednej z trzech sekcji)

**Igła ze światłem**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1 Strzykawka 1x użytku z igłą                                       | <input type="checkbox"/> 10 Niepodłączona igła I.M./S.C.                                 |
| <input type="checkbox"/> 2 Strzykawka napełniona fabrycznie z igłą                           | <input type="checkbox"/> 11 Igła – mandryn do kaniulizacji tętnicy                       |
| <input type="checkbox"/> 3 Strzykawka do pobierania gazometrii                               | <input type="checkbox"/> 12 Igła cewnika naczyniowego centralnego                        |
| <input type="checkbox"/> 4 Strzykawka innego rodzaju   | <input type="checkbox"/> 13 Igła cewnika „drum catheter”                                 |
| <input type="checkbox"/> 5 Igła wkłuta do zestawu do infuzji                                 | <input type="checkbox"/> 14 Igła innego cewnika naczyniowego (np. kardiologicznego itp.) |
| <input type="checkbox"/> 6 Igła „motylek”  | <input type="checkbox"/> 15 Inna igła cewnika nienaczyniowego (np. okulistycznego)       |
| <input type="checkbox"/> 7 Igła – mandryn kaniuli I.V.                                       | <input checked="" type="checkbox"/> 16 Huber-type needle                                 |
| <input type="checkbox"/> 8 Igła zestawu próżniowego do pobierania krwi (w tym Vacutainer™)   | <input type="checkbox"/> 28 Igła, nie wiadomo jakiego rodzaju                            |
| <input type="checkbox"/> 9 Igła do znieczulenia regionalnego (rdzeniowa/zewnątrzopon./ Inn.) | <input type="checkbox"/> 29 Inna igła, proszę opisać _____                               |

**Narzędzia chirurgiczne lub inne ostre przedmioty**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 30 Ostrze do nakłuwania (opuszka, pięta) | <input type="checkbox"/> 42 Probówki próżniowe (plastykowa)              |
| <input type="checkbox"/> 31 Igła do szycia                        | <input type="checkbox"/> 43 Probówka do próbek (plastykowa)              |
| <input type="checkbox"/> 32 Skalpel wielorazowy                   | <input type="checkbox"/> 44 Paznokcie, zęby                              |
| <input type="checkbox"/> 45 Skalpel, 1x użytku                    | <input type="checkbox"/> 46 Haki skórne / kostne                         |
| <input type="checkbox"/> 33 Brzytwa / żyłtka                      | <input type="checkbox"/> 47 Klamerki / szwy stalowe                      |
| <input type="checkbox"/> 34 Pipeta (plastykowa)                   | <input type="checkbox"/> 48 Druk (szew, mocujący, prowadnica)            |
| <input type="checkbox"/> 35 Nożyczki                              | <input type="checkbox"/> 49 Gwóźdź (zespalaający, prowadzący)            |
| <input type="checkbox"/> 36 Sprzęt do elektrokoagulacji           | <input type="checkbox"/> 50 Wiertło                                      |
| <input type="checkbox"/> 37 Nożyce kostne (Luer, Liston)          | <input type="checkbox"/> 51 Kleszczyki                                   |
| <input type="checkbox"/> 38 Odłam kostny                          |  |
| <input type="checkbox"/> 39 Spinak do serwet (Bakhaus)            | <input type="checkbox"/> 58 Ostry przedmiot, nie wiadomo jakiego rodzaju |
| <input type="checkbox"/> 40 Ostrze mikrotomu                      | <input type="checkbox"/> 59 Inny ostry przedmiot (opisz): _____          |
| <input type="checkbox"/> 41 Trokar                                |  |

**Szkło**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 60 Ampułki z lekiem                                 | <input type="checkbox"/> 66 Rurki kapilarne   |
| <input type="checkbox"/> 61 Fiolki (o małej objętości z gumowym korkiem)     | <input type="checkbox"/> 67 Płytki szklane  |
| <input type="checkbox"/> 62 Butelki (z lekami/płynami I.V. (dużej objętości) |   |
| <input type="checkbox"/> 63 Pipeta (szklana)                                 | <input type="checkbox"/> 78 Przedmioty szklane, nie wiadomo dokładnie jakiego rodzaju |
| <input type="checkbox"/> 64 Probówki próżniowe (szklane)                     | <input type="checkbox"/> 79 Inne przedmioty szklane, opisz: _____                     |
| <input type="checkbox"/> 65 Probówki / pojemniki na próbki (szklane)         |   |

12a) Producent: \_\_\_\_\_

12b) Model:  Wiadomo: \_\_\_\_\_  Nie wiadomo

13) Jeśli zranienie spowodowane było igłą lub sprzętem z ostrzem, czy był to „sprzęt bezpieczny”, gdzie igła / ostrze jest osłaniane, chowane, stępiane?

- 1 Tak  2 Nie  3 Nie wiadomo

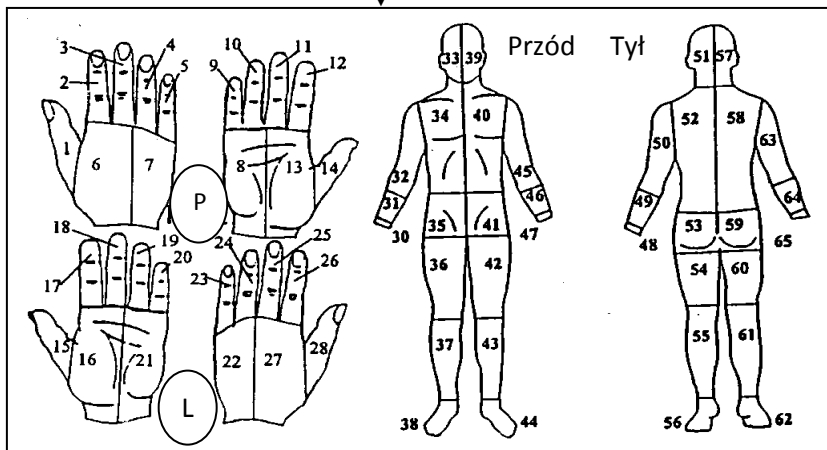
13a) Czy mechanizm zabezpieczający był aktywowany?

- 1 Tak, całkowicie  2 Tak, częściowo  3 Nie  4 Nie wiadomo

13b) Czy ekspozycja wydarzyła się:

- 1 Przed aktywacją  2 W trakcie aktywacji  3 Po aktywacji  4 Nie wiadomo

14) Zaznacz lokalizację urazu: \_\_\_\_\_



15) Czy uraz był?

- 1 Powierzchniowy (brak krwawienia lub minimalne)  
 2 Średni (przebite skóry, niewielkie krwawienie)  
 3 Ciężkie (głębokie zakłucie/przecięcie lub duże).

16) Jeśli uraz dotyczył ręki, czy doszło do penetracji?

- 1 Pojedynczej pary rękawiczek  
 2 Podwójnej pary rękawiczek  
 3 Bez rękawiczek

**17) Ręka dominująca osoby zranionej:**

- 1 Prawo-ręczna
- 2 Lewo-ręczna

**18) Opisz okoliczności prowadzące do zaktucia: (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                       3 Nie wiadomo  
Na ile dni: \_\_\_\_\_