

Raport ekspozycji na krew i płyny ustrojowe

EPINet™

FOR MICROSOFT® ACCESS

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.
V1.2/Poland

1/2010

Nazwisko: _____ Imię: _____

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

1) Data ekspozycji:

2) Czas ekspozycji:

3) Oddział/klinika gdzie doszło do ekspozycji: _____

4) Jednostka: _____ Łóżka-liczba

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

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1 Lekarz-również specjalistycznej (rodzaj specjalizacji) _____ | <input type="checkbox"/> 12 Stomatolog |
| <input type="checkbox"/> 2 Lekarz-rezydent/asystent/stażysta –rodzaj specjal. _____ | <input type="checkbox"/> 13 Asystentka/ Higienistka stomatologiczna |
| <input type="checkbox"/> 3 Student medycyny | <input type="checkbox"/> 14 Pracownik utrzymania czystości / salowa |
| <input type="checkbox"/> 4 Pielęgniarka =====> | <input type="checkbox"/> 15 Inny pracownik, opisz : _____ |
| <input type="checkbox"/> 5 Student/ka pielęgniarstwa | <input type="checkbox"/> 16 Ratownik medyczny |
| <input type="checkbox"/> 8 Asystent pielęgn./Noszowy | <input type="checkbox"/> 17 Inny student / uczeń |
| <input type="checkbox"/> 10 Pracownik laboratorium (klinicznego) | <input type="checkbox"/> 21 Pracownik sterylizacji |
| <input type="checkbox"/> 11 Technik (nie laborat.) | |
| <input type="checkbox"/> 1 Dyplomowana/licencjat | |
| <input type="checkbox"/> 2 Kurs kwalifik. | |
| <input type="checkbox"/> 3 Specjalistka | |
| <input type="checkbox"/> 4 Mgr pielęgniarstwa | |
| <input type="checkbox"/> 5 Położna | |
| <input type="checkbox"/> 6 Zabiegowa | |

6) Gdzie doszło do zakłucia? (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., itp.) | <input type="checkbox"/> 10 Gabinet zabiegowy lub RTG,EKG,EMG |
| <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/Bank Krwi | <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 narażenie? (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"/> Plwocina | <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"/> Miała kontakt z niezabezpieczoną skórą | <input type="checkbox"/> Przeciekł/prześląkł przez środek ochrony osobistej |
| <input type="checkbox"/> Miała kontakt ze skórą w luce pomiędzy środkami ochronnymi | <input type="checkbox"/> Prześląkł przez ubranie |

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

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Pojedyncza para rękawiczek lateksowych / winylowych | <input type="checkbox"/> Maski chirurgiczna |
| <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 Dotknięcie skażonych: zasłon, 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 z Twoją 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)

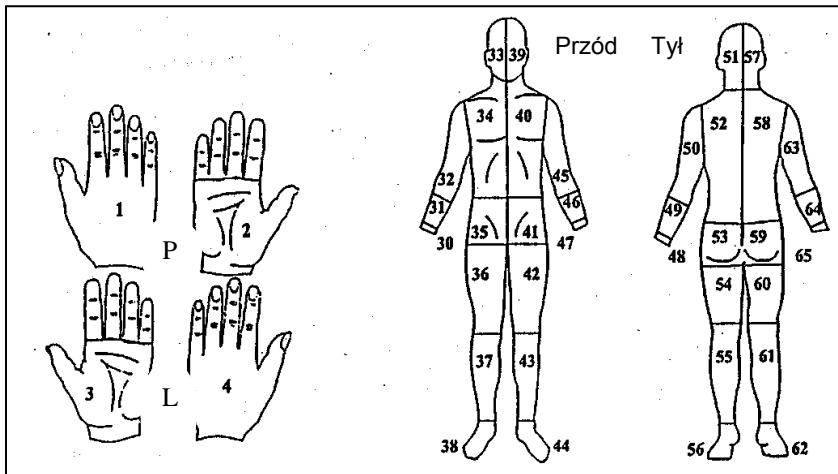
15) Umieszczenie narażenia:

Wprowadź do trzech miejsc ekspozycji.

Największa powierzchnia narażenia: _____

Umiarkowana powierzchnia narażenia: _____

Najmniejsza powierzchnia narażenia: _____



16) Opisz okoliczności prowadzące do narażenia (proszę podać, jeśli to nie/awarii sprzętu)

17) Czy zdarzenie zgłoszono Inspektorowi BHP (jako wypadek w pracy)? 1 Tak 2 Nie

18) Czy orzeczono niezdolność do pracy 1 Tak Na ile dni: _____ 2 Nie