

Poročilo o izpostavitvi krvi in telesnim tekočinam

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 Slovenia

10/2009

Priimek: _____ Ime: _____

Oznaka poškodbe: (samo za interno uporabo) B _____

Identifikacijska oznaka ustanove: (samo za interno uporabo) _____ Izpolnil: _____

1) Datum poškodbe: 2) Ura poškodbe:

3) Oddelek, na katerem je prišlo do poškodbe: _____

4) Matični oddelek poškodovanega delavca: _____

5) Delovno mesto poškodovanega delavca: (označite samo eno okence)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1 zdravnik (lečeči/bolnišnični) opredelite specialnost _____ | <input type="checkbox"/> 10 delavec v kliničnem laboratoriju |
| <input type="checkbox"/> 2 zdravnik (stažist/specializant) opredelite specialnost _____ | <input type="checkbox"/> 11 tehnik (nelaboratorijski) |
| <input type="checkbox"/> 3 študent medicine | <input type="checkbox"/> 12 zobozdravnik |
| <input type="checkbox"/> 4 medicinska sestra: =====► <input type="checkbox"/> 1 diplomirana medicinska sestra | <input type="checkbox"/> 13 ustni higienik |
| <input type="checkbox"/> 5 študent zdravstvene nege <input type="checkbox"/> 2 medicinska sestra za praktično zdravstveno nego | <input type="checkbox"/> 14 vzdrževalec |
| <input type="checkbox"/> 18 tehnik zdravstvene nege/patronažna sestra <input type="checkbox"/> 3 diplomirana medicinska sestra specialista | <input type="checkbox"/> 19 delavec v pralnici |
| <input type="checkbox"/> 6 6 respiratorni terapevt <input type="checkbox"/> 4 diplomirana medicinska sestra za področje anestezije | <input type="checkbox"/> 20 varnostnik |
| <input type="checkbox"/> 7 inštrumentarka <input type="checkbox"/> 5 babica | <input type="checkbox"/> 16 reševalec/urgentni medicinski tehnik |
| <input type="checkbox"/> 8 drugo pomožno osebje, strežnik | <input type="checkbox"/> 17 študent druge stroke |
| <input type="checkbox"/> 9 član ekipe za flebotomijo/venepunkcijo/IV | <input type="checkbox"/> 15 drugo, opišite: _____ |

6) Kje je prišlo do poškodbe? (označite samo eno okence)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1 bolniška soba | <input type="checkbox"/> 9 prostor za dializo (hemodializa in peritonealna dializa) |
| <input type="checkbox"/> 2 izven bolniške sobe (hodnik, soba za medicinske sestre, itd.) | <input type="checkbox"/> 10 soba za diagnostične preiskave (rentgen, EKG, itd.) |
| <input type="checkbox"/> 3 urgentni oddelek | <input type="checkbox"/> 11 klinični laboratorij |
| <input type="checkbox"/> 4 oddelek za intenzivno nego: opredelite vrsto: _____ | <input type="checkbox"/> 12 avtopsija/patologija |
| <input type="checkbox"/> 5 operacijska dvorana/pooperacijska soba | <input type="checkbox"/> 13 storitvena dejavnost (pralnica, centralna oskrba, skladišče, itd.) |
| <input type="checkbox"/> 6 ambulanta | <input type="checkbox"/> 16 porodna soba |
| <input type="checkbox"/> 7 transfuziologija | <input type="checkbox"/> 17 nega na dom |
| <input type="checkbox"/> 8 prostor za odvzem krv | <input type="checkbox"/> 14 drugo, opišite: _____ |

7) Ali je vir izpostavljenosti (bolnik) znan? (označite samo eno okence)

- 1 da 2 ne 3 ni podatka 4 navedba smiselno ni potrebna

8) katerim telesnim tekočinam je bil delavec izpostavljen? (označite vse možnosti, ki se nanašajo na dogodek)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> kri ali krvni pripravki | <input type="checkbox"/> peritonealna tekočina |
| <input type="checkbox"/> izbruhana | <input type="checkbox"/> pleuralna tekočina |
| <input type="checkbox"/> izbljuvek | <input type="checkbox"/> amnijska tekočina |
| <input type="checkbox"/> slina | <input type="checkbox"/> urin |
| <input type="checkbox"/> cerebrospinalna tekočina | <input type="checkbox"/> drugo, opišite: _____ |

Ali je bila v telesni tekočini vidna prisotnost krvi? da ne ni podatka

9) Ali je bil izpostavljeni del: (označite vse možnosti, ki se nanašajo na dogodek)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> nepoškodovana koža | <input type="checkbox"/> nos (sluznica) |
| <input type="checkbox"/> poškodovana koža | <input type="checkbox"/> usta (sluznica) |
| <input type="checkbox"/> oči (veznica) | <input type="checkbox"/> drugo, opišite: _____ |

10) Ali je kri oziroma telesna tekočina: (označite vse možnosti, ki se nanašajo na vas)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> prišla v stik z nezaščiteno kožo | <input type="checkbox"/> pronicala skozi zaščitno sredstvo ali oblačilo |
| <input type="checkbox"/> prišla v stik s kožo skozi razporek/režo v zaščitnem oblačilu | <input type="checkbox"/> pronicala skozi oblačilo |

11) Katera zaščitna sredstva so bila uporabljena ob izpostavitvi: (označite vse možnosti, ki se nanašajo na dogodek)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> enojni par rokavic iz lateksa/vinila | <input type="checkbox"/> kirurška maska |
| <input type="checkbox"/> dvojni par rokavic iz lateksa/vinila | <input type="checkbox"/> kirurška halja |
| <input type="checkbox"/> zaščitna očala | <input type="checkbox"/> plastični predpasnik |
| <input type="checkbox"/> navadna očala (niso zaščitno sredstvo) | <input type="checkbox"/> laboratorijska halja, iz blaga (ni zaščitno sredstvo) |
| <input type="checkbox"/> očala s stranskimi ščitniki | <input type="checkbox"/> laboratorijska halja, drugi materiali |
| <input type="checkbox"/> ščitnik za obraz | <input type="checkbox"/> drugo, opišite: _____ |

12) Ali je bila izpostavljenost posledica: (označite samo eno okence)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1 neposrednega stika z bolnikom | <input type="checkbox"/> 5 puščanja/razlitja drugih telesnih tekočin iz zbiralnika |
| <input type="checkbox"/> 2 puščanja/razlitja vzorca iz zbiralnika za biološke vzorce | <input type="checkbox"/> 6 dotikanja okužene opreme/površine |
| <input type="checkbox"/> 3 razbitja zbiralnika za biološke vzorce v vzorcem | <input type="checkbox"/> 7 dotikanja okuženih prevlek/rjuh/halj, itd. |
| <input type="checkbox"/> 4 puščanja/poškodbe i.v. katetra/vrečke/črpalke | <input type="checkbox"/> 8 ni podatka |
| <input type="checkbox"/> 10 dovodna/ventilacijska/druga cev se je snela/puščala/razlila vsebino | <input type="checkbox"/> 9 drugo, opišite: _____ |
- Opredelite cevko/kateter: _____

Če je šlo za napako pri opremi, opredelite: Vrsta opreme: _____

Proizvajalec: _____

13) Kako dolgo so bili vaša koža ali sluznice v stiku s krvjo ali telesnimi tekočinami? (označite eno okence)

- 1 manj kot 5 minut
- 2 5-14 minut
- 3 15 minut do 1 uro
- 4 dlje kot 1 uro

14) Kakšna količina krvi /telesne tekočine je prišla v stik z vašo kožo ali sluznicami? (označite eno okence)

- 1 manjša količina (do 5 cc, ali največ 1 čajna žlička)
- 2 zmerna količina (do 50 cc, ali največ četrt skodelice)
- 3 večja količina (več kot 50 cc)

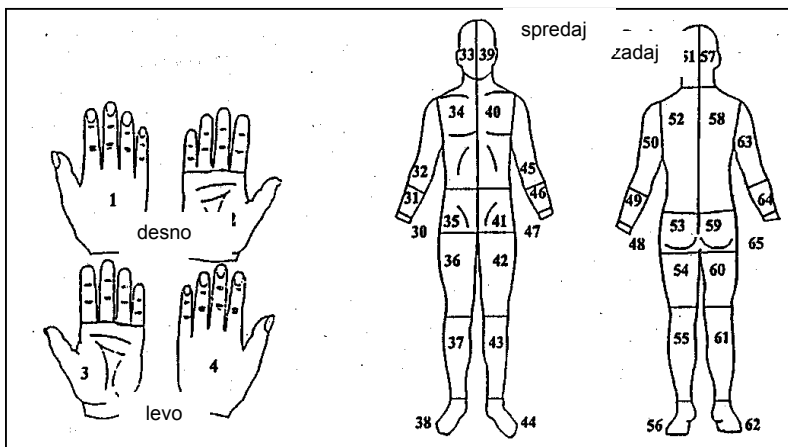
15) Izpostavljeno področje:

Na spodnje črte vnesite številke največ treh predelov telesa, ki so bili izpostavljeni krvi ali telesnim tekočinam

Največji izpostavljeni predel: _____

Srednje velik izpostavljeni predel: _____

Najmanjši izpostavljeni predel: _____



16) Opišite okoliščine, ki so pripeljale do izpostavljenosti (prosimo, zapišite, če je bila izpostavitve povezana z okvaro uporabljenega medicinskega pripomočka):

17) Za poškodovanega delavca: Ali menite, da bi kakršni koli drugi kontrolni sistemi oziroma drugačna administrativna ali delovna praksa lahko preprečili poškodbo? 1 da 2 ne 3 ni podatka

Opišite: _____

Stroški:

_____ **Laboratorijski stroški** (Hb, HCV, HIV, druge preiskave)
zdravstveni delavec
vir _____

_____ **Profilaksa** (HBIG, Hb vaccine, tetanus, other)
zdravstveni delavec
vir _____

_____ **Stroški storitev** (urgentni oddelek, zdravje delavca, drugo)
_____ **Drugi stroški** (odškodnina za delavca, kirurgija, drugo)
_____ **SKUPAJ** (zaokroženo na najbližjo desetico)

Ali je treba dogodek po kriterijih Agencije za varnost in zdravje pri delu prijaviti?

- 1 da 2 ne 3 ni podatka

Če je odgovor da, za koliko dni je delavec izostal z dela? _____

Število dni omejene zmožnosti za delo? _____

Ali je treba ta dogodek po kriterijih Agencije, ki se nanašajo na medicinske pripomočke, prijaviti? (Da, če je okvara/napaka pripomočka povzročila hudo poškodbo, ki je terjala zdravniško ali kirurško posredovanje oziroma smrt, ki je nastopila v desetih dneh po dogodku.)

- 1 da (če je odgovor da, sledite Agencije protokolu za poročanje) 2 ne