

Hlášení o expozici krve a tělesných tekutin

Příjmení: _____ Jméno: _____

Identifikační číslo úrazu: (pouze pro admin. účely) **S** _____

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/uklizečka |
| <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"/> Mozkomíšňný 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: _____ |
- Specifikujte trubici: _____

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)

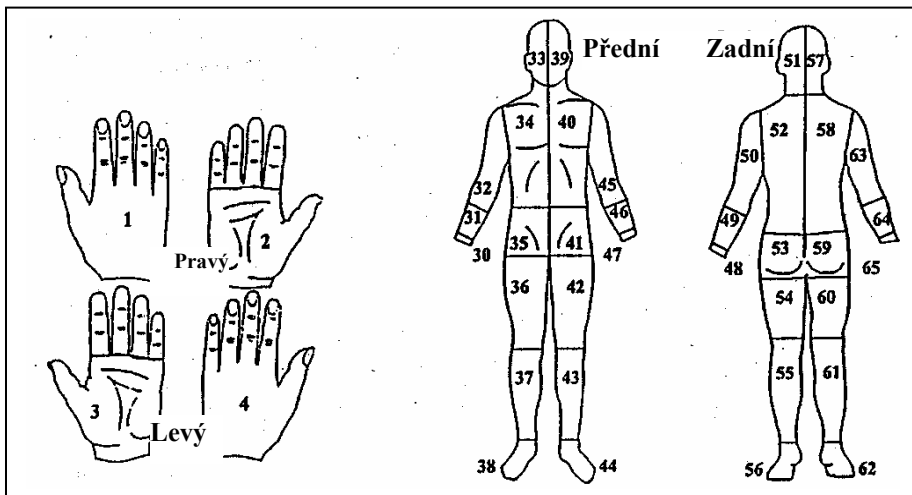
15) Lokalizace expozice:

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