

# Skadesrapport ved kontakt med blod og kropsvæske

# EPINet™

EXPOSURE PREVENTION ►  
INFORMATION NETWORK ►

FOR MICROSOFT® ACCESS

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.  
V2.0/Denmark

1/2003

Efternavn: \_\_\_\_\_ Fornavn: \_\_\_\_\_

Skade ID: (for office use only) **S** \_\_\_\_\_ Sygehus ID: (for office use only) \_\_\_\_\_

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

3) Afdeling, hvor skaden skete: \_\_\_\_\_

4) Afdeling, hvor den skadede er ansat: \_\_\_\_\_

5) Stillingskategori, for den skadeslidte: (vælg én titel)

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1 Overlæge   | <input type="checkbox"/> 11 Radiolog, MRI scanner etc.              |
| <input type="checkbox"/> 2 Reservelæge  | <input type="checkbox"/> 12 Tandlæge                                |
| <input type="checkbox"/> 3 Medicinstuderende  | <input type="checkbox"/> 13 Klinikassistent (tandlæge)              |
| <input type="checkbox"/> 4 Sygeplejerske: <input type="checkbox"/> 1 m/speciale, beskriv: _____ | <input type="checkbox"/> 14 Servicemedarbejde                       |
| <input type="checkbox"/> 5 Sygeplejestuderende <input type="checkbox"/> 6 Vikar                 | <input type="checkbox"/> 19 Vaskerimedarbejder e                    |
| <input type="checkbox"/> 21 Jordmoder   | <input type="checkbox"/> 16 Redder                                  |
| <input type="checkbox"/> 8 Social og sundhedsassistent  | <input type="checkbox"/> 17 Andet, under uddannelse, beskriv: _____ |
| <input type="checkbox"/> 10 Bioanalytiker   | <input type="checkbox"/> 15 Andet, beskriv: _____                   |

5a) Antal år i jobbet: \_\_\_\_\_

6) Hvor skete skaden? (Vælg ét område)

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1 Patientstue                  | <input type="checkbox"/> 9 Dialyseafsnit  |
| <input type="checkbox"/> 2 Reservelæge                  | <input type="checkbox"/> 10 Specialundersøgelsesrum (Røntgen, EKG, Card. Lab. etc.) |
| <input type="checkbox"/> 3 Medicinstuderende            | <input type="checkbox"/> 11 Klinisk laboratorium                                    |
| <input type="checkbox"/> 4 Intensivafdeling             | <input type="checkbox"/> 12 Patologisk afdeling                                     |
| <input type="checkbox"/> 5 Anæstesi/Operation/Opvågning | <input type="checkbox"/> 13 Serviceområde (vask, depot etc.)                        |
| <input type="checkbox"/> 6 Ambulatorium/Dag-kirurgisk   | <input type="checkbox"/> 16 Fødestue  |
| <input type="checkbox"/> 7 Blodbank                     | <input type="checkbox"/> 14 Andet, beskriv: _____                                   |
| <input type="checkbox"/> 8 Blodprøvetagningscenter      |   |

7) Kunne patientkilde identificeres?

- 1 Ja  2 Nej  3 Ved Ikke  4 Ikke aktuelt

8) Hvilke kropsvæsker har du været i kontakt med? (Vælg alle relevante)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Blod eller blodprodukter | <input type="checkbox"/> Peritoneal væske      |
| <input type="checkbox"/> Opkas                    | <input type="checkbox"/> Pleura væske          |
| <input type="checkbox"/> Spyt                     | <input type="checkbox"/> Fostervand            |
| <input type="checkbox"/> Ophost                   | <input type="checkbox"/> Urin                  |
| <input type="checkbox"/> Cerebrospinal væske      | <input type="checkbox"/> Andet, beskriv: _____ |

Var kropsvæsken synligt kontamineret med blod?  1 Ja  2 Nej  3 Ved Ikke

9) Var den udsatte kropsdel: (vælg alle relevante)

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Intakt hud                        | <input type="checkbox"/> Næse (slimhinde)      |
| <input type="checkbox"/> Ikke intakt hud (sår, eksem etc.) | <input type="checkbox"/> Mund (slimhinde)      |
| <input type="checkbox"/> Øjne (konjunktiva)                | <input type="checkbox"/> Andet, beskriv: _____ |

10) Kom blodet eller kropsvæsken i kontakt med: (vælg alle relevante)

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ubeskyttet hud                                   | <input type="checkbox"/> Trængte igennem beskyttelsesklæder |
| <input type="checkbox"/> Hudområde, der ikke er dækket af beskyttelsestøj | <input type="checkbox"/> Trængte igennem tøj                |

11) Hvilket beskyttelsestøj anvendtes ved skaden? (vælg alle relevante)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Et par handsker                     | <input type="checkbox"/> Mundbind                                       |
| <input type="checkbox"/> To par handsker                     | <input type="checkbox"/> Operationstøj                                  |
| <input type="checkbox"/> Beskyttelsesbriller "dykkerbriller" | <input type="checkbox"/> Plastforklæde                                  |
| <input type="checkbox"/> Briller (ikke beskyttelsesbriller)  | <input type="checkbox"/> Overtrækstøj i stof (ikke beskyttelsesbriller) |
| <input type="checkbox"/> Briller med sidebeskyttelse         | <input type="checkbox"/> Overtrækstøj, andet                            |
| <input type="checkbox"/> Visir                               | <input type="checkbox"/> Andet, beskriv: _____                          |

12) Var skaden et resultat af: (vælg én)

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1 Direkte patientkontakt   | <input type="checkbox"/> 5 Anden kropsvæskebeholder (drænpose etc.) lækkede/spildtes ud |
| <input type="checkbox"/> 2 Prøvebeholder lækkede, spildtes ud   | <input type="checkbox"/> 6 Kontakt med kontamineret udstyr/overflade                    |
| <input type="checkbox"/> 3 Prøvebeholder gik i stykker  | <input type="checkbox"/> 7 Kontakt med kontamineret afdækning/sengetøj/tøj eller lign.  |
| <input type="checkbox"/> 4 Infusionsaggregat/pose lækkede/gik i stykker                                 | <input type="checkbox"/> 8 Ukendt   |
| <input type="checkbox"/> 10 Sonde/respiratorslange/anden slange lækkede/spildte, specificer type: _____ | <input type="checkbox"/> 9 Andet, beskriv: _____  |

13) **Hvor længe var blodet eller kropsvæsken i kontakt med din hud eller slimhinde?** (vælg én)

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

14) **Hvor meget blod eller kropsvæske kom i kontakt med din hud eller slimhinde?** (vælg én)

- 1 Lille mængde (5 ml, op til en teskefuld)
- 2 Moderat mængde (op til 50 ml)
- 3 Stor mængde (mere end 50 ml)

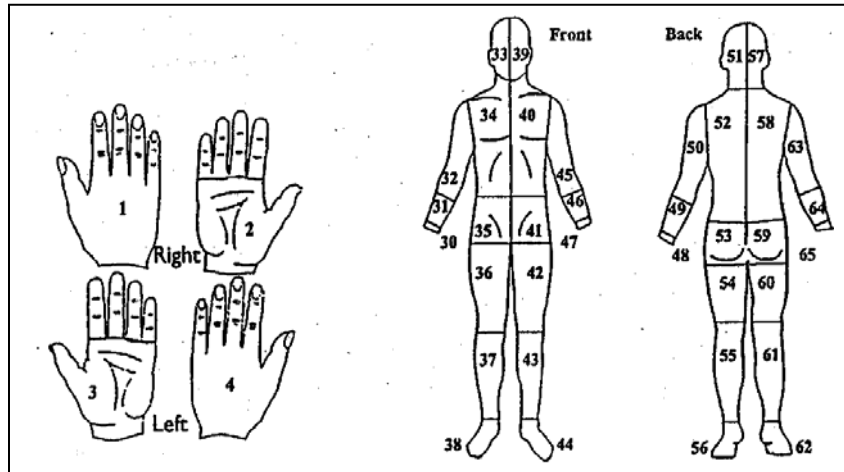
15) **Kropsdel(e) der blev udsat:**

**Skriv tallet på op til tre forskellige kropsdele på linierne nedenfor:**

Kropsdel, der blev mest udsat: \_\_\_\_\_

Kropsdel, der blev moderat udsat: \_\_\_\_\_

Kropsdel, der blev mindst udsat: \_\_\_\_\_



16) **Beskriv omstændighederne som førte til skaden** (herunder produktfejl/svigt):

---

---

---

---

---

17) **Vurderer du som skadeslidte, at en anden arbejdsrutine eller procedure kunne have forebygget skaden?**

- 1 Ja                       2 Nej                       3 Ved ikke

Beskriv: \_\_\_\_\_

---

---

---

**Har der været sygedage?**                       1 Ja                       2 Nej                       3 Ved ikke

**Den skadeslidte har konsulteret:**                       1 Kollega                       2 Skadestue                       3 Andre, beskriv \_\_\_\_\_