# Tillbudsrapportering blodsmitta.

Berörd personal:

Namn:……………………………………………………..Personnr:…………………………………………………

Arbetsplats:………………………………………………………………………………………………………………

När inträffadetillbundet:……………datum……………/……………20…………………Kl………….......

Var inträffade tillbudet:……………………………………………………………………………………………..

I vilket arbetsmoment:………………………………………………………………………………………………

Beskriv händelsen:…………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………

Användes skyddshandskar Ja / Nej.

Användes tillgänglig skyddsutrustning: Ja / Nej

Fanns riskavfallsbehållare tillgänglig: Ja / Nej

Omständigheter som gjort att incidenten inträffade:?..……………………………………………….

...................................................................................................................................................................................

Vilka åtgärder kan vidtagas för att tillbudet inte ska upprepas?.........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

**AKTUELL PROVTAGNING PÅ BERÖRD PATIENT:**

* ASAT
* ALAT
* Hepatit-B
* Hepatit-C
* HIV Provet taget av och datum

……………………………………………………

Dessa prover tas av Hälso-och sjukvårdsenhetens Sjuksköterskor Älvsby Kommun med patientens samtycke. Och dokumentera i patientens journal. Provsvar ställs till ÄHC

**AKTUELL PROVTAGNING PÅ BERÖRD PERSONAL**

* ASAT
* ALAT
* HEPATIT-B
* HEPATIT-C
* HIV Provet taget av och datum……………………………………………………..

Mottagning:…………………………………………………………………………..

Uppföljning av prover ska göras; Ja / Nej

Ev uppföljningsdatum……………………………/…………….-20…………..

Dessa prover tas vardagar på ÄHC. Om stickskada kvällar helger kontaktas infektionsjour Sunderbyn för bedömning om provtagning kan göras närmaste vardag. Om detta inte är möjligt tas proverna av Hälso- och sjukvårdsenheten sjuksköterska och skickas med Taxi till Sunderbyns infektionsklinik.

Rapport upprättad……/………-20………..

………………………………………………………… …………………………………………………….

Enhetschef Anställd

…………………………………………………………

Skyddsombud

Arbetsskadeanmälan ………./………20…………..

Samverkansgruppen…………./………20…………..

Se rutin TILLBUD BLODSMITTA FÖR YTTERLIGARE INFORMATION