

STICK-SKÄRSKADA

Personnummer _____ Namn _____

Yrke _____ Arbetsplats _____

Skadedatum _____ Klockslag _____ Kommun _____

1. Typ av skada

- Stick-skärskada Blodkontakt på slemhinna/blödande sår-eksem
- Övrigt _____

2. Personalen0-prov taget Ja, datum: _____ NejVaccination påbörjad Ja, datum: _____ Nej**3. Vårdtagaren**

Vårdtagaren har efter händelsen undersökts för ev. blodsmitta

 Ja, datum _____ Nej, varför inte? _____**4. Vilken/vilka faktorer anser du bidrog till att skadan inträffade (flera val möjliga)**

- Tekniska brister i utrustning eller skyddsanordning Ej följt instruktion
- Bristande utbildning/instruktion För hög arbetsbelastning
- Annat _____

5. Vilken produkt har använts?_____
LOTnummer: _____**6. Beskriv händelseförloppet** __________

_____**Hur kan ett upprepande förhindras?**_____
_____**Signatur**

Datum _____

Uppgiftslämnare _____

Tfn _____

Datum _____

Enhetschef/motsv _____

Tfn _____

Skickas inom en vecka till Hygiensjuksköterska, Vårdhygien, CLV, 351 85 Växjö och en kopia till MAS. Blanketten arkiveras på Vårdhygien i 6 år.