

**STICK-SKÄRSKADA**

Personnummer \_\_\_\_\_ Namn \_\_\_\_\_

Yrke \_\_\_\_\_ Arbetsplats \_\_\_\_\_

Skadedatum \_\_\_\_\_ Klockslag \_\_\_\_\_ Kommun \_\_\_\_\_

**1. Typ av skada**

- Stick-skärskada  Blodkontakt på slemhinna/blödande sår-eksem
- Övrigt \_\_\_\_\_

**2. Personalen**0-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 upprepanande förhindras?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Signatur**

Datum \_\_\_\_\_

Uppgiftslämnare \_\_\_\_\_

Tfn \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

Enhetschef/motsv \_\_\_\_\_

Tfn \_\_\_\_\_

Anmälan sker enligt kommunens avvikelse- och tillbudssystem och vårdhygieniska rutiner. Fyll i registreringsblankett för stick-skärskador i Vårdhygieniska rutiner, en kopia skickas till medicinskt ansvarig sjuksköterska.