

TŰSZŪRÁS, ÉLES ESZKÖZ OKOZTA SÉRÜLÉSEK JELENTÉSI LAPJA

Tűszűrés: Tű vagy egyéb hegyes, éles tárgy okozta sérülés, melyet a hegyes, éles eszköz okozott a bőr karcolásának, kilyukasztásának, átszűrésének következtében. A sérülés következtében vérrel, vagy testnedvvel való érintkezés lehetősége fennáll.

Adatszolgáltató intézmény* _____ **Osztály azonosítója*** _____

Az esemény azonosítója* _____

Az intézmény, az osztály és az esemény azonosítói a NEVES elektronikus felületén automatikusan generált kódok. Papír alapú adatgyűjtés esetén használható belső azonosítási rendszer, vagy a program által adott kódok. Utóbbi esetben az esemény azonosítója utólagosan, az elektronikus adatrögzítés alkalmával rögzíthető a papíron.

1. A sérülést elszenvedő személy jellemzői

1.1.Életkor (életév): _____

1.2. Nem* Férfi Nő

1.3. A sérülést elszenvedő személy:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Aneszteziológus asszisztens | <input type="checkbox"/> Gyógyszerész | <input type="checkbox"/> Orvos |
| <input type="checkbox"/> Ápoló | <input type="checkbox"/> Gyógyszerész asszisztens | <input type="checkbox"/> Orvostanhallgató |
| <input type="checkbox"/> Asszisztens | <input type="checkbox"/> Klinikai laboratóriumi munkatárs | <input type="checkbox"/> Szakápoló |
| <input type="checkbox"/> Beteg | <input type="checkbox"/> Látogató | <input type="checkbox"/> Szülésznő, szülésznő hallgató |
| <input type="checkbox"/> Fogorvos | <input type="checkbox"/> Műszaki személyzet | <input type="checkbox"/> Takarító személyzet |
| <input type="checkbox"/> Gyakorlatát töltő/
képzésben lévő ápoló | <input type="checkbox"/> Műtős | <input type="checkbox"/> Egyéb: _____ |
| | <input type="checkbox"/> Nem ismert | |

1.4. Az eszköz használata közben sérülést okozó személy

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Egyéb munkatárs (pl. helyettesítő, pályakezdő, konzulens) | <input type="checkbox"/> Nem értelmezhető |
| <input type="checkbox"/> Legalább 1 éve az osztályon/ részlegen dolgozó, a munkát rutinszerűen végző munkatárs | <input type="checkbox"/> Nem ismert |
| | <input type="checkbox"/> Egyéb: _____ |

2. Az esemény leírása

2.1. Milyen egységben történt a sérülés?

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Aktív osztály | <input type="checkbox"/> Intenzív osztály | <input type="checkbox"/> Nem ismert |
| <input type="checkbox"/> Ápolási/ krónikus osztály | <input type="checkbox"/> Járóbeteg rendelés | <input type="checkbox"/> Patológia |
| <input type="checkbox"/> Diagnosztikai egység (CT, MRI, RTG, EKG.) | <input type="checkbox"/> Kiszolgáló egység (mosoda, raktár, stb.) | <input type="checkbox"/> Rehabilitációs osztály |
| <input type="checkbox"/> Dialízis centrum | <input type="checkbox"/> Klinikai laboratórium | <input type="checkbox"/> Sürgősségi osztály |
| <input type="checkbox"/> Gyógyszertár | <input type="checkbox"/> Műtő, műtőblokk | <input type="checkbox"/> Vérellátó állomás |
| | | <input type="checkbox"/> Egyéb: _____ |

2.2. A sérülés bekövetkezésének helye:

- | | | |
|-----------------------------------|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Kezelő | <input type="checkbox"/> Közösségi helyiség (pl. társalgó, étkező, stb.) | <input type="checkbox"/> Sterilező |
| <input type="checkbox"/> Kórterem | <input type="checkbox"/> Műtő | <input type="checkbox"/> Egyéb: _____ |
| | <input type="checkbox"/> Nem ismert | |

2.3.1. A sérülés dátuma (év, hónap, nap) _____ / _____ / _____

2.3.2. A sérülés időpontja (24 órás formátum) _____ óra/ _____ perc

2.4. A sérülés napja: Munkanap Munkaszüneti nap Nem ismert

2.5. Milyen típusú eszköz okozta a sérülést?

- | | | |
|---|-------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nem ismert | <input type="checkbox"/> Tű | <input type="checkbox"/> Egyéb: _____ |
| <input type="checkbox"/> Sebészeti eszköz | <input type="checkbox"/> Üveg | |

2.6. Mikor történt a sérülés az éles tárgy rendeltetészerű használatához képest?

- | | | |
|--|-------------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> A használatától függetlenül | <input type="checkbox"/> Közben | <input type="checkbox"/> Utána |
| <input type="checkbox"/> Előtte | <input type="checkbox"/> Nem ismert | |

2.7. A sérülést szenvedő személy

- | | |
|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Az eszköz alkalmazója | <input type="checkbox"/> Beteg |
| <input type="checkbox"/> Az eszközt nem alkalmazó (más) munkatárs | <input type="checkbox"/> Más személy |

2.8 Az éles tárgy használatának célja:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> I.M./S.C. injekció | <input type="checkbox"/> Mintavétel (pl. vérvétel, lumbal punctio, amniocentesis) | <input type="checkbox"/> Szövetminta vétel |
| <input type="checkbox"/> I.V. beavatkozás | <input type="checkbox"/> Nem ismert | <input type="checkbox"/> Vércukormérés |
| | <input type="checkbox"/> Sebészeti tevékenység | <input type="checkbox"/> Egyéb: _____ |

2.9. Hogyan következett be a sérülés? (többszörös választás)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> A többször használatos eszközök kezelése közben (válogatás, dezinficiálás, stb.) | <input type="checkbox"/> Használat után, gyűjtőedénybe helyezés előtt (pl. szállítás, takarítás) |
| <input type="checkbox"/> Az eszköz kiszúrta vagy kivágta a gyűjtőedény oldalát | <input type="checkbox"/> Nem ismert |
| <input type="checkbox"/> Az eszköz megcsúszott | <input type="checkbox"/> Nem megfelelő helyen (pl. padlón, ágyon, gyűjtőedényen) hagyott eszköz |
| <input type="checkbox"/> Az eszköz összetört | <input type="checkbox"/> Védőkupak visszahelyezése során |
| <input type="checkbox"/> Eszköz eltávolítása közben | <input type="checkbox"/> Egyéb: _____ |
| <input type="checkbox"/> Gyűjtőedénybe helyezés közben | |

2.10. Az éles tárgy: (többszörös választás)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Mással szennyezett | <input type="checkbox"/> Nem szennyezett |
| <input type="checkbox"/> Nem ismert | <input type="checkbox"/> Vérrel/testváladékkal szennyezett |

2.11. A sérülést szenvedett személy viselt kesztyűt?

- | | | |
|-------------------------------|------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Igen | <input type="checkbox"/> Nem | <input type="checkbox"/> Nem ismert |
|-------------------------------|------------------------------|-------------------------------------|

2.12. A sérülést szenvedett személy részesült Hepatitis B oltássorozatban?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> A sérülést megelőzően már részesült | <input type="checkbox"/> Nem részesült |
| <input type="checkbox"/> Nem ismert | <input type="checkbox"/> Oltási sorozata folyamatban van |

3. Az esemény következményei**3.1. A szűrés következtében megsérült testrész** (többszörös választás)

- | | | | |
|---|-----------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Arc, fej, nyak | <input type="checkbox"/> Kézfej | <input type="checkbox"/> Láb, lábfej | <input type="checkbox"/> Törzs |
| <input type="checkbox"/> Kar | <input type="checkbox"/> Kézujjak | <input type="checkbox"/> Szem | |

3.2. A szűrés következtében kialakult sérülés:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Felületes (karcolás, horzsolás, nincs vérzés) | <input type="checkbox"/> Közepes (a bőr átszúrásra került, vérzés) | <input type="checkbox"/> Súlyos (mély szűrés/ vágás, erős vérzés) |
|--|--|---|

3.3. Az éles eszköz okozta sérülést követően szükséges beavatkozás/vizsgálat

(pl. elsősegély, szakorvosi ellátás, immunizáció, kontroll- és laborvizsgálatok)

4. Az esemény részletes leírása**4.1. A sérülést bekövetkeztében volt-e szerepe**

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Környezeti tényezőnek | <input type="checkbox"/> Munkaeszköznek | <input type="checkbox"/> Személyi tényezőnek |
|--|---|--|

4.2. Amennyiben bármely tényezőt jelölte az előző kérdésben, kérjük, itt részletezze!**4.3. A sérülést okozó személy, amennyiben a személyzet tagja, részesült-e a sérülésre illetve annak megelőzésére vonatkozó oktatásban a sérülést megelőző 12 hónapban?**

- | | | | |
|-------------------------------|------------------------------|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Igen | <input type="checkbox"/> Nem | <input type="checkbox"/> Nem értelmezhető | <input type="checkbox"/> Nem ismert |
|-------------------------------|------------------------------|---|-------------------------------------|

4.4. Az tűszűrő körülményeinek részletes leírása, beleértve az eddig nem azonosított fontos körülményeket és a valószínű kiváltó okokat**4.5. Az éles eszköz okozta sérülés következményei**

(pl. a munkavégzés sérülés következtében való felfüggesztése, szakorvosi ellátás szükségessége)

4.6. Véleménye szerint milyen intézkedésekkel lehetett volna a tűszűrő okozta sérülést megelőzni? (szervezési, adminisztratív intézkedések, munkakörülmények javítása, munkavédelmi szabályok betartása)**5. Kitöltés****5.1. Kitöltés dátuma** (év, hónap, nap) _____ / _____ / _____**5.2. Adatlapot kitöltő(k) szakképzettsége:** (pl. szakorvos, szakápoló, adminisztrátor, stb.) _____