

Registreringsskjema ved stikk/kutt/bitt/ uhell eller søl / sprut av blod/kroppsvæsker

D29657

Utgave:
3.03

Gjelder fra:
14.06.2023

Side 1 av 2

Fylles ut av den som har vært utsatt for mulig smitte:

Etternavn, fornavn	Personnr.
Stilling:	Tlf. arbeid/privat:
Arbeidssted/avd:	Adresse arbeidssted:
Adresse privat:	Dato for hendelsen:

Konkret beskrivelse av hendelsen og hvilket organisk materiale har du vært utsatt for?

☐ Stikk, hul nål	☐ Stikk, ikke hul nål
☐ Skjæring, kuttskade	☐ Sprut/søl på slimhinne
☐ Sprut/søl på åpne sår	☐ Bitt/kloring
Evt. kommentarer:	
Dato og signatur smitteutsatte:	

Fylles ut av lege:

Opplysninger om smitteutsatte		
Er det gjennomført førstehjelp?	☐ Ja	☐ Nei
Er det rekvirert serologiske us?	☐ Ja	☐ Nei
Er han/hun vaksinert mot hepatitt B?	☐ Ja	☐ Nei
Er det gitt hepatitt B immunprofylakse?	☐ Ja	☐ Nei
Hvis ja, dato og medikament/dose: _____		
Er det gitt HIV-kjemoprofylakse?	☐ Ja	☐ Nei
Hvis ja, dato og medikament/dose: _____		
Opplysninger om kildeperson		
Er kildepersonen kjent?	☐ Ja	☐ Nei
Hvis ja, kildepersonens navn: _____	Fødselsnr. _____	
Er det rekvirert serologiske us?	☐ Ja	☐ Nei
Hvis nei, hvorfor?		

Kildepersonens samtykke til prøvetaking er innhentet og han/hun er orientert om at svarene blir kjent for den som skal følge opp den ansatte.

Kildepersonens underskrift/dato
Legens underskrift/dato

Utgave: 3.03	Registreringsskjema ved stikk/kutt/bitt/ uhell eller søl / sprut av blod/kroppsvæsker	D29657 Side 2 av 2
-----------------	--	-----------------------

Utfylt skjema sendes nærmeste leder som sender det videre til HMS-enheten i kommunen.