

<b>Gäller för:</b> Västernorrlands kommuner i samverkan 		<b>Vårdhygienrutin</b> <b>Riskbedömningsunderlag</b>	
<b>Godkänt av MAS i:</b> Härnösand, Kramfors, Sollefteå, Sundsvall, Timrå, Ånge och Örnsköldsvik		<b>Skapad av:</b> Hygiensjuksköterskor i samråd med ansvarig hygienläkare i Region Västernorrland	
<b>Fastställt:</b> <b>151201</b>	<b>Giltigt tom:</b> <b>211201</b>	<b>Reviderat:</b> <b>191130</b>	<b>Sida:</b> 1 av 1

Riskbedömning görs vid bärarskap av MRB (MRSA, ESBL, ESBL<sub>CARBA</sub>, VRE), blodburen smitta (Hepatit, HIV, AIDS) eller vid stora sår för att minska risken att smittspridning sker mellan vårdtagare - vårdtagare och vårdtagare - personal. **Om förutsättningarna förändras görs en ny riskbedömning.** Genomförandet av riskbedömning ska inte försena övertagandet. Kontakta hygiensjuksköterska för rådgivning.

Namn:	
Personnummer:	
Vilket boende/avd:	
Ansvarig sjuksköterska:	Ansvarig läkare:

Smittämne:	
Datum för odling:	Lokalisation:

<b>Risikfaktorer</b>		
Klarar ta emot information	Ja	Nej
Minnessvikt	Ja	Nej
Klarar personlig hygien inklusive handhygien	Ja	Nej
Behöver hjälp med toalettbesök	Ja	Nej
Uppegående	Ja	Nej
KAD, andra infarter	Ja	Nej
<i>om ja, vad:</i> _____		
Sår, eksem	Ja	Nej
Bärarskap/sår/risker hos annan vårdtagare på avdelningen	Ja	Nej
<i>om ja, vad:</i> _____		
_____		
_____		
Övrigt:	_____	_____
	_____	_____

<b>Planerade åtgärder utifrån riskfaktorer</b>		
Finns smittorisk som kräver annan hantering än basala hygienrutiner?	Ja	Nej
<i>om ja, vad:</i> _____		
_____		
_____		
Städning:	_____	_____
Övrigt:	_____	_____
	_____	_____

Deltagit i riskbedömningen:
Informerat MAS:
Datum:

Riskbedömningen dokumenteras i vårdtagarens journal utifrån kommunens rutiner