

<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>231201</b>	<b>Reviderat:</b> <b>211130</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
Kvarliggande urinkateter, 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> _____			
_____			
Får vistas i:	_____		
Städning:	_____		
Övrigt:	_____		
	_____		

Deltagit i riskbedömningen: Informerat MAS: Datum:
--

Riskbedömningen dokumenteras i vårdtagarens journal utifrån kommunens rutiner