

<b>Gäller för:</b> Västernorrlands kommuner i samverkan 		<h1>Vårdhygienrutin</h1> <h2>Riskbedömningsunderlag</h2>	
<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>251130</b>	<b>Reviderat:</b> <b>231201</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 för smittspridning. **Vid förändrade förutsättningar görs en ny riskbedömning.** Genomförandet av riskbedömning ska inte försena övertagandet. Kontakta alltid MAS för rådgivning.

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

Smittämne: Datum för odling:		Lokalisation:	
---------------------------------	--	---------------	--

Riskfaktorer			
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:	_____	_____	
	_____	_____	

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

Deltagit i riskbedömningen: Datum:
---------------------------------------

Riskbedömningen dokumenteras i vårdtagarens journal utifrån kommunens rutiner