

Självskattning av basala hygienrutiner

på äldreboende / hemtjänstområde

annan verksamhet Datum

Mätningen gäller den första vårdtagare du hjälpte i nära omvårdnadsarbete.

Ange typ av arbetsmoment:.....

	JA	NEJ
Handsprit före vårdtagarnära arbete	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Handsprit efter vårdtagarnära arbete	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Använt handskar vid kontakt med/eller risk för kontakt med kroppsvätskor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Använt plastförkläde vid risk för att arbetsdräkten kommer i kontakt med kroppsvätskor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kortärmad tröja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utan ring	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utan armband	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utan klocka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utan bandage, förband eller stödskena på händer och underarmar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kort eller uppsatt hår	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Korta naglar utan nagellack eller konstgjort material	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Motivera ditt/dina eventuella NEJ-svar:

.....
.....