



Meldeskjema for blodsmitteuhell.

Skjemaet tas med når lege oppsøkes. Kopi av utfylt skjema leveres til nærmeste leder.
Fylles ut av smitteutsatt:

Smitteutsatt:

Navn: _____

Personnr.: _____

Privatadr.: _____

Tlf. privat: _____

Skadested: _____

Skadedato: _____

Kl.: _____

Smittekilde:

Ukjent:

Navn: _____

Personnr.: _____

Kjent status for:

HBV:

HCV:

HIV:

Type skade/uhell:

Kutt

Stikk:

Søl/sprut mot slimhinne:

Søl på skadet hud:

Annet: _____

Iverksatte strakstiltak:

Fremkalt blødning

Vasket eller skylt:

Desinfisert:

Annet: _____

Beskriv hendelsesforløpet: _____

Tidligere hepatitt-B vaksiner:

Årstall, antall doser: _____

Sted, dato: _____

Underskrift smitteutsatt: _____

Fylles ut av lege:

Risikoen for at smitteutsatt har blitt eksponert for blodsmitte, vurderes som:

Høy

Lav

Ingen

Blodprøve av smitekilden er rekvirert:

Evt. behandling og oppfølging skjer ved:

Lege: _____

Adresse: _____

Dato: _____

Underskrift. _____