



SOMERON KAUPUNGIN VERIALTISTUSTAPATURMAN HOITO-OHJE

Ohje veritapaturman kohteelle

Tässä ohjeessa henkilöä, jonka verta tai eritettä on joutunut toisen henkilön kehoon, kutsutaan veritapaturman lähteeksi ja henkilöä, jonka kehoon on joutunut vierasta verta tai eritettä puolestaan veritapaturman kohteeksi.

- Veritapaturmaksi katsotaan vain sellaiset altistumiset, joissa veri tai muu erite voi aiheuttaa tartunnan työntekijöille (verisen neulan tai muun verisen esineen viilto / pisto, veren joutuminen suun limakalvoille / silmän sidekalvolle tai veren joutuminen haavaiselle / ihottumaiselle iholle).
- Näkyvästi terveelle iholle joutunut veri tai muu erite ei aiheuta tapaturmavaaraa.
- HI-virus (HIV), hepatiitti B -virus (HBV) ja hepatiitti C -virus (HCV) tarttuvat veren ja eräiden eritteiden välityksellä. Pistosonnettomuuden tai limakalvoaltistuksen tapahduttua on tärkeää nopeasti arvioida mahdollinen altistuminen näille viruksille.
- Mahdollisuuksien mukaan selvitetään altistuksen lähteen HIV- ja hepatiitti-status sekä mahdollinen HIV-lääkitys tarvittavan lääkehoidon arvioimiseksi.

TOIMINTAOHJEET

- Älä purista haavaa - pistoskohta tai haava pestään juoksevalla vedellä ja asetetaan "sprii-haude" 2 minuutiksi tai huuhdellaan 80%:lla (A12t) alkoholilla (ei limakalvoille).
- Limakalvo tai silmä huuhdellaan runsaalla vedellä. Silmien huuhteluun voidaan käyttää erityistä silmänhuuhtelupulloa, mikäli sellainen on helposti saatavilla.
- Ilmoita esimiehellesi tapahtuneesta.
- Ota yhteys virka-aikana työterveyshuoltoon, p. 044-7792 551 tai 044-7792 549. Muina aikoina otetaan yhteys päivystävään lääkäriin potilaan tarttuvuuden arvioimiseksi sekä jatkotoimenpiteiden ohjelmoimiseksi (mahdolliset näytteiden otot, rokotukset).

MAHDOLLISET VERIKOKEET VERITAPATURMAN LÄHTEESTÄ

- hoitavan yksikön lääkärin tekemän riskiarvion perusteella otettavia

Mahdollisia verikokeita ovat S-HIV-AB (3473), S-HBS-AG (1605) ja S-HCV-AG (3815). Jos ei altistuksen lähde ole tiedossa, työterveyshuolto ohjelmoi verikokeita altistuksen kohteesta.



Työntekijän ilmoitus työperäisen verialtistuksen tapahtuttua Someron terveyskeskuksessa

Työntekijän (veritapaturman kohteen) nimi: _____

Henkilötunnus: _____

Toimipaikka: _____

Milloin vahinko tapahtui pv: _____ klo: _____

Kuvaus tapahtuneesta:

Asiakkaan (veritapaturman lähteen) nimi: _____

Henkilötunnus: _____

Päiväys ja allekirjoitus

Lähetetään työterveyshuoltoon, missä tapahtunut vahinko kirjataan työntekijän terveystietoihin.