

Rubrik  
**Åtgärder vid stick- och  
skärskador, lokal rutin för  
Hässleholms sjukhus**

Dokumenttyp  
**Riktlinje**

Gäller from 2018-11-29 Giltigt t o m 2020-10-31

Sida:

Faktaägare  
**Banke Staffan**

1 (3)

Författare  
**Lindahl Helene G**

Gäller för (enhet)  
**VO Infektion Kristianstad;  
Hässleholms sjukhus; VO  
Närsjukvård, Kryh**

*Utskrivet dokument gäller inte som original!*

Version:  
1

## Åtgärder vid stick- och skärskador, lokal rutin för Hässleholms sjukhus

1. Följ alltid instruktionerna i Vårdhandboken, som finns här:

<http://www.vardhandboken.se/Texter/Stick--och-skarskador-samt-exponering-med-risk-for-blodburen-smitta-hos-personal/Oversikt/>

Följ därefter nedanstående lokala anvisningar:

2. Kontakta infektionsläkare lokalt eller infektionsläkare CSK (dagjour/läkare i beredskap) via CSK:s växel (internt 95000) för hjälp med riskbedömning, behov av åtgärder som exempelvis postexpositionsprofylax/ behandling och uppföljning. Läkemedel ordinerar av infektionsläkare till primärjouren på Hässleholms sjukhus, under jourtid. Läkemedlen finns på AVA och administreras av sjuksköterska där.

3. Blodprov (utgångsvärde) tas på den exponerade medarbetaren.

4. Provtagning på patienten genomförs i de fall det är möjligt. Observera att patientens eller i vissa fall anhörigas medgivande krävs.

5. Använd ett serumrör. Märk med namn och personnummer.

6. Använd remiss nr: 13511 Serologi/Virologi Skåne som finns här på Labmedicins webbplats: [http://www.skane.se/sv/Webbplatser/Labmedicin\\_Skane/Verksamhetsomraden/Klinisk-mikrobiologi/Remisser/](http://www.skane.se/sv/Webbplatser/Labmedicin_Skane/Verksamhetsomraden/Klinisk-mikrobiologi/Remisser/) och fyll i dem enligt visningsexempel nedan. Alla rödmarkerade fält måste fyllas i.

**OBS!** Det är viktigt att din arbetsplats kund-kod skrivs i fältet ”Betalningsansvarig om annan än beställare”.

Uppge namnet på den infektionsläkare som har konsulterats i fältet ”remitterad av” - det gäller för både personal- och indexpatientremissen.

7. Blodprov med remisser lämnas på kem.lab för vidare transport med ordinarie provbil. Gör infektionsläkaren bedömningen att proverna ska skickas för akut analys, kontaktar han/hon mikrobiologen SUS Lund. Proverna sänds i så fall med taxi till:  
Klinisk Mikrobiologi, Sölvegatan 23 B, 221 85 Lund.

8. För kompletterande information, se även Vårdprogram ”blodsmittetillbud” i Dokumentportalen > Skånevård Kryh > Division Specialicerad Närsjukvård, Kryh > VO Specialicerad medicin – Infektion, Kryh > Blodsmittetillbud inom vården

Visningsexempel 1) Stick- och skärskador personal för ifyllande av remiss nr 13511:

Remiss Serologi / Virologi		Patientetikett / Patient ID och Namn	
Beställare Ange Kundkod		Patient ID ej styrkt	
<b>INFektionSMOTTAGNINGEN</b> KDINNN, CSK 291 85 Kristianstad		<b>Personuppgifter - PERSONAL</b>	
Om annan ska debiteras ange kundkod		Provtagningstidpunkt	Provtagare RSID
<b>ARBETSPLETSENS KUNDKOD</b>			
Remitterad av (RSID att namn i skärtext)		Följande till nr	
Grunddiagnos, anamnes, frågeställning <input type="checkbox"/> Immunsupprimerad <input type="checkbox"/> Gravid <input type="checkbox"/> Hälsokontroll			
<b>STICK- OCH SKÄRSKADA HOS PERSONAL PÅ BLODFÖRENET FÖREMÅL FRÅN PATIENT</b>			
Insjukningsdag:		Antiviral behandling: <input type="checkbox"/> Patienten har nyligen erhållit blodprodukter / gammaglobulin	
<b>Serologi Antikroppspåvisning</b> Ett välfyllt SST-rör 7 mL för analyser inom denna ruta Vid kapillärprovtagning kontaktas laboratoriet för rätt antal rör		<b>Screening blodsmitta</b> Ett välfyllt SST-rör 7 mL för analyser inom denna ruta. Kapillärprov rör 3-4 st	
<b>Bakterier</b> <input type="checkbox"/> Borrelia <input type="checkbox"/> Neuroborrelia (Likvor och Serum) <input type="checkbox"/> Chlamydia pneumoniae <input type="checkbox"/> Helicobacter pylori <input type="checkbox"/> Legionella <input type="checkbox"/> Mycoplasma pneumoniae <input type="checkbox"/> Pertussis <input type="checkbox"/> Toxoplasma		<input checked="" type="checkbox"/> Blodsmittescreening (HIV, hepatit B & C) <input type="checkbox"/> Syfilis (luës) <input type="checkbox"/> Screening av gravida (HIV, hepatit B, syfilis, toxoplasma, immuntest - om ej känd)	
<b>Virus</b> <input type="checkbox"/> Adenovirus* <input type="checkbox"/> Influenza A & B - virus* <input type="checkbox"/> TBE <input type="checkbox"/> Cytomegalovirus (CMV) <input type="checkbox"/> Aktuell infektion <input type="checkbox"/> Bärarskap <input type="checkbox"/> Epstein Barr-virus (EBV) <input type="checkbox"/> Aktuell infektion <input type="checkbox"/> Bärarskap <input type="checkbox"/> Herpes simplex-virus (HSV) <input type="checkbox"/> Aktuell infektion <input type="checkbox"/> Bärarskap <input type="checkbox"/> Morbillivirus <input type="checkbox"/> Aktuell infektion <input type="checkbox"/> Immunitet <input type="checkbox"/> Parotitvirus <input type="checkbox"/> Aktuell infektion <input type="checkbox"/> Immunitet		<input type="checkbox"/> HIV screeningstest (antiviral och HIV-antigen) <b>Hepatit A</b> <input type="checkbox"/> IgM (aktuell infektion) <input type="checkbox"/> IgG vaccination/immunitet <b>Hepatit B</b> <input type="checkbox"/> HBsAg (infektion) <input type="checkbox"/> Anti-HBc <input checked="" type="checkbox"/> Anti-HBs (vaccination) <b>Hepatit C</b> <input type="checkbox"/> Anti-HCV <b>HTLV</b> <input type="checkbox"/> HTLV I & II screeningstest	
<input type="checkbox"/> <b>Quantiferon</b> Prov tas i specialrör. Förvaras och transporteras i rumstemperatur. Får ej kylas. Ej inkuberade prov skall vara på lab inom 16tim från provtagning må-fre. Nedanstående uppgifter ska vara ifyllda för att analys ska		<b>Viruspåvisning</b> <input type="checkbox"/> Blåssekret, genitalprov <input type="checkbox"/> Blåssekret <input type="checkbox"/> Bronskölvätska <input type="checkbox"/> EDTA-plasma <input type="checkbox"/> Faeces (burk) <input type="checkbox"/> Likvor (Cstv) <input type="checkbox"/> Nasofarynxspirat <input type="checkbox"/> Nasofarynx pinnprov <input type="checkbox"/> Urin <input type="checkbox"/> Konjunktivalsekret <input type="checkbox"/> ..... <b>Önskad undersökning</b> <input type="checkbox"/> Adenovirus <input type="checkbox"/> BK-virus <input type="checkbox"/> Cytomegalovirus (CMV) <input type="checkbox"/> Inkl kvantifiering <input type="checkbox"/> Enterovirus <input type="checkbox"/> Epstein-Barr-virus (EBV) <input type="checkbox"/> Gastroenteritpanel virus (norovirus, rotavirus, sapovirus, astrovirus och adenovirus typ 40/41)	

Visningsexempel 2) Stick- och skärskador patient för ifyllande av remiss nr 13511:

**Remiss Serologi / Virologi** Patientetikett / Patient ID och Namn

Beställare Ange Kundkod		Personuppgifter - PATIENT	
INFEKTIONSMOTTAGNINGEN KDINNN, CSK 291 85 Kristianstad			
Om annan ska debiteras ange kundkod	Övarkopier till: ange kundkod	<input type="checkbox"/> Patient ID ej styrkt	
ARBETSPLATSENS KUNDKOD		Provtagningsdatum	Tid
			Provtagare RSID
Remitterad av (RSID alt. namn i klänning)	Tillgängligt tel. nr		
<b>Grunddiagnos, anamnes, frågeställning</b> <input type="checkbox"/> Immunsupprimerad <input type="checkbox"/> Gravid <input type="checkbox"/> Hälsokontroll			
PERSONAL UTSATT FÖR STICK- OCH PÅ BLODFÖRENET FÖREMÅL FRÅN PATIENT--"INDEX"			
Insjukningsdag:		<input type="checkbox"/> Patienten har nyligen erhållit blodprodukter / gammaglobulin	
Antiviral behandling:			
<b>Serologi Antikroppspåvisning</b> Ett välfyllt SST-rör 7 mL för analyser inom denna ruta Vid kapillärprovtagning kontakta laboratoriet för rätt antal rör		<b>Screening blodsmitta</b> Ett välfyllt SST-rör 7 mL för analyser inom denna ruta. Kapillärprovtror 3-4 st	
<b>Bakterier</b> <input type="checkbox"/> Borrelia <input type="checkbox"/> Neuroborrelia (Liquor och Serum) <input type="checkbox"/> Chlamydia pneumoniae <input type="checkbox"/> Helicobacter pylori <input type="checkbox"/> Legionella <input type="checkbox"/> Mycoplasma pneumoniae <input type="checkbox"/> Pertussis <input type="checkbox"/> Toxoplasma <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> <b>Quantiferon</b> Prov tas i specialrör Förvaras och transporteras i rumstemperatur. Får ej kylas. Ej inkuberade prov skall vara på lab inom 10tm från provtagning må-tre. Nedanstående uppgifter ska vara ifyllda för att analys ska .....		<b>Virus</b> <input type="checkbox"/> Adenovirus* <input type="checkbox"/> Influenta A & B - virus * <input type="checkbox"/> TBE <input type="checkbox"/> Cytomegalovirus (CMV) <input type="checkbox"/> Aktuell infektion <input type="checkbox"/> Bärarskap <input type="checkbox"/> Epstein Barr-virus (EBV) <input type="checkbox"/> Aktuell infektion <input type="checkbox"/> Bärarskap <input type="checkbox"/> Herpes simplex-virus (HSV) <input type="checkbox"/> Aktuell infektion <input type="checkbox"/> Bärarskap <input type="checkbox"/> Morbillivirus <input type="checkbox"/> Aktuell infektion <input type="checkbox"/> Immunitet <input type="checkbox"/> Parotitvirus <input type="checkbox"/> Aktuell infektion <input type="checkbox"/> Immunitet	
<b>Screening blodsmitta</b> <input checked="" type="checkbox"/> Blodsmittascreening (HIV, hepatit B & C) <input type="checkbox"/> Syfilis (luës) <input type="checkbox"/> Screening av gravida (HIV, hepatit B, syfilis, rubella-immunitet - om ej känd) <input type="checkbox"/> HIV screeningtest (partikel och HIV-antigen) <input type="checkbox"/> Hepatit A <input type="checkbox"/> IgM (aktuell infektion) <input type="checkbox"/> IgG vaccination/immunitet <input type="checkbox"/> Hepatit B <input type="checkbox"/> HBsAg (infektion) <input type="checkbox"/> Anti-HBc <input type="checkbox"/> Anti-HBs (vaccination) <input type="checkbox"/> Hepatit C <input type="checkbox"/> Anti-HCV <input type="checkbox"/> HTLV <input type="checkbox"/> HTLV I & II screeningtest		<b>Viruspåvisning</b> <input type="checkbox"/> Blåssekret, genitalprov <input type="checkbox"/> Blåssekret <input type="checkbox"/> Bronskölvätska <input type="checkbox"/> EDTA-plasma <input type="checkbox"/> Faeces (burk) <input type="checkbox"/> Likvor (Csfv) <input type="checkbox"/> Nasofarynxspirat <input type="checkbox"/> Nasofarynx pinnprov <input type="checkbox"/> Urin <input type="checkbox"/> Konjunktivalsekret <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> <b>Önskad undersökning</b> <input type="checkbox"/> Adenovirus <input type="checkbox"/> BK-virus <input type="checkbox"/> Cytomegalovirus (CMV) <input type="checkbox"/> Inkl kvantifiering <input type="checkbox"/> Enterovirus <input type="checkbox"/> Epstein-Barr-virus (EBV) <input type="checkbox"/> Gastroenteritpanel virus (norovirus, rotavirus, sapovirus, astrovirus och adenovirus typ 40/41)	

Klinisk mikrobiologi  
Sjukhusen 218  
221 82 12111 18 096-17 32 50