**Självskattning hygien -** fylls i av medarbetare

|  |  |
| --- | --- |
| Datum:  | Jag arbetar dag Jag arbetar natt  |
| Boende/verksamhet/enhet:  |
| **Basala hygienrutiner/klädregler:** | **Ja:** | **Nej:** | **Ej aktuellt: (motivera svaret)** |
| 1. Desinficerar (spritar) du händerna **korrekt** före vård- och omsorgsarbete? |  |  |  |
| 2. Desinficerar (spritar) du händerna **korrekt** efter vård- och omsorgsarbete? |  |  |  |
| 3. Använder du handskar **korrekt** vid risk för kontakt med kroppsvätskor? |  |  |  |
| 4. Desinficerar (spritar) du händerna **korrekt** före användning av handskar?  |  |  |  |
| 5. Desinficerar (spritar) du händerna **korrekt** efteranvändning av handskar?  |  |  |  |
| 6. Byter du handskar mellan olika arbetsmoment? |  |  |  |
| 7. Använder du engångsplastförkläde **korrekt**? |  |  |  |
| 8. Använder du arbetskläder från arbetsgivaren? |  |  |  |
| 9. Använder du kortärmat vid vård- och omsorgsarbete? |  |  |  |
| 10. Är dina händer och underarmar fria från klocka, ring, armband, stödskenor och bandage?  |  |  |  |
| 11. Är dina naglar korta och fria från nagellack och konstgjort material? |  |  |  |
| 12. Är ev. långt hår och skägg uppsatt? |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Frågor om personlig skyddsutrustning:** | **Visir** | **Mun-skydd** | **Andnings-skydd** | **Skydds-glasögon** |
| a) Vad använder du vid kräkningar? |  |  |  |  |
| b) Vad använder du vid symtom på luftvägssymtom vid influensa, RS-virus eller när vi inte vet orsaken? |  |  |  |  |
| c) Vad använder du vid konstaterad/bekräftad Covid-19? |  |  |  |  |
| d) Vad använder du vid symtom på luftvägsinfektion vid längre vårdinsats, kraftig hosta, nyinsjuknad vårdtagare särskilt i trånga utrymmen? |  |  |  |  |
| e) Vad använder du vid risk för stänk av kroppsvätskor mot ansiktet? |  |  |  |  |

Använd bilaga med vägledning till självskattning/observation vid behov.

Ifylld blankett lämnas till enhetschef.