

Formulär för självskattning av basala hygienrutiner inom kommunal vård- och omsorg

Enhet.....

Datum.....

Mätningen gäller den första vårdtagare du hjälpte i vårdtagarnära arbete.

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 vårdtagarnära arbete | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Använt plastförkläde vid vårdtagarnära arbete | <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"/> |
| Kort eller uppsatt hår | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Korta naglar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Inget nagellack | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Motivera eventuella NEJ-svar:.....
.....
.....

