Checklista – riskbedömning individnivå vid misstänkt eller konstaterad Covid-19 smitta

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Gäller |  | Adress/lägenhet |  |
|  |  |  |  |
| Utförd av |  | Datum |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Ja | Nej |
| 1. Utförs individnära vård och omsorg med risk för kontakt med kroppsvätskor?
 |  |  |
| 1. Finns beredskap och kunskap för att hantera smittrisker?
 |  |  |
| 1. Finns aktuell genomförandeplan så du/ni kan utföra arbetet på ett säkert sätt?
 |  |  |
| 1. Finns all skyddsutrustning och hygienartiklar som behövs?
 |  |  |
| 1. Finns förvaringsmöjligheter för skyddsutrustning och hygienartiklar?
 |  |  |
| 1. Finns checklista basalhygien och förstärkt skyddsutrustning hos individen?
 |  |  |
| 1. Finns ”checklistor innan, under och efter besök” hos individen?
 |  |  |
| 1. Saknar uppegående smittad individ medvetenhet om gällande förhållningssätt vid Covid-19?
 |  |  |
| 1. Saknas följsamhet, av uppegående smittad individ, gällande förhållningssätt vid Covid-19?
 |  |  |
| 1. Finns det andra personer runt individen som saknar medvetenhet om och/eller följer inte gällande förhållningssätt vid Covid-19?
 |  |  |
| 1. Finns risk att smittas vid arbetsmoment med aerosolbildning (som medför luftburna partiklar)? Vid HLR samt andningshjälpmedel som CPAP/BiPAP, ”snarkmaskin”, nebulisator och tracheostomi?
 |  |  |
| 1. Vid ”ja” på fråga 11 - används andningsskydd FFP2/FFP3 istället för munskydd?
 |  |  |
| 1. Finns rutiner för vem som ska kontaktas om problem uppstår?
 |  |  |

Övrigt/kommentarer

|  |
| --- |
|  |

**För de frågor där krysset satts i röd ruta, ska åtgärd göras omgående.**