

Warszawa, dnia 05.01.2017 r.

**Raport**  
**o bezpieczeństwie i higienie pracy w podmiocie leczniczym**  
**w zakresie zranień ostrymi narzędziami przy udzielaniu świadczeń**  
**zdrowotnych za okres od 01.07.2016 r. do 31.12.2016 r.**

1. Nazwa podmiotu leczniczego **Centrum Onkologii-Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie**
2. Adres **02-034 WARSZAWA, UL. Wawelska 15B**
3. Telefon/faks **TEL. 22 546 20 00 FAX. 22 546 33 00**
4. Rodzaj działalności leczniczej wykonywanej w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego (zaznacz właściwe):

Stacjonarne i całodobowe świadczenie szpitalne ☒

Stacjonarne i całodobowe świadczenie zdrowotne inne niż szpitalne ☐

Ambulatoryjne świadczenia zdrowotne ☐

| Lp | Nazwa jednostki organizacyjnej podmiotu leczniczego, w której doszło do zranienia | Okres sprawozdawczy |           | Okres poprzedzający |           |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------|-----------|---------------------|-----------|
|    |                                                                                   | Liczba zranień      | % Zranień | Liczba zranień      | % Zranień |
| 1  | Klinika Nowotworów Płuc i Klatki Piersiowej                                       | 0                   | 0         | 1                   | 10        |
| 2  | Przychodnia Onkologiczna II                                                       | 0                   | 0         | 1                   | 10        |
| 3  | Zakład Radiologii II                                                              | 1                   | 12,5      | 1                   | 10        |
| 4  | Zakład Mikrobiologii Klinicznej                                                   | 0                   | 0         | 1                   | 10        |
| 5  | Zakład Patologii i Diagnostyki Labolatoryjnej                                     | 2                   | 25        | 1                   | 10        |
| 6  | Klinika Nowotworów Układu Chłonnego                                               | 1                   | 12,5      | 3                   | 30        |
| 7  | Klinika Onkologiczna Oddział Chirurgii                                            | 0                   | 0         | 1                   | 10        |
| 8  | Klinika Nowotworów Układu Nerwowego                                               | 0                   | 0         | 1                   | 10        |
| 9  | Blok Operacyjny                                                                   | 1                   | 12,5      | 0                   | 0         |
| 10 | Centralna Sterylizatornia                                                         | 1                   | 12,5      | 0                   | 0         |
| 11 | Klinika Nowotworów Układu Moczowego                                               | 1                   | 12,5      | 0                   | 0         |
| 12 | Klinika Nowotworów Piersi i Chirurgii Rekonstrukcyjnej                            | 1                   | 12,5      | 0                   | 0         |

# Wykaz ostrych narzędzi stosowanych w podmiocie leczniczym.

| Lp | Rodzaj ostrych narzędzi stosowanych w podmiocie leczniczym         | Czy ostre narzędzie zawiera mechanizmy chroniące przed zranieniem? |                                         | Liczba zranień | % Zranień      |
|----|--------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|----------------|----------------|
|    |                                                                    |                                                                    |                                         | W okresie      | sprawozdawczym |
| 1  | Strzykawka jednorazowego użytku z igłą                             | <input type="checkbox"/> tak                                       | <input checked="" type="checkbox"/> nie |                |                |
| 2  | Strzykawka napełniona fabrycznie z igłą                            | <input type="checkbox"/> tak                                       | <input checked="" type="checkbox"/> nie |                |                |
| 3  | Strzykawka do pobierania gazometrii                                | <input type="checkbox"/> tak                                       | <input checked="" type="checkbox"/> nie |                |                |
| 4  | Strzyka innego rodzaju                                             | <input type="checkbox"/> tak                                       | <input checked="" type="checkbox"/> nie |                |                |
| 5  | Igła wkluta do zestawu do infuzji                                  | <input type="checkbox"/> tak                                       | <input checked="" type="checkbox"/> nie |                |                |
| 6  | Igła "motylek"                                                     | <input type="checkbox"/> tak                                       | <input checked="" type="checkbox"/> nie |                |                |
| 7  | Igła – mandryn kaniuli dożylniej                                   | <input type="checkbox"/> tak                                       | <input checked="" type="checkbox"/> nie | 2              | 25             |
| 8  | Igła do znieczulenia regionalnego (rdzeniowa/zewnątrzopon./ inna). | <input type="checkbox"/> tak                                       | <input checked="" type="checkbox"/> nie |                |                |
| 9  | Niepodłączona igła domięśniowa/podskórna                           | <input type="checkbox"/> tak                                       | <input checked="" type="checkbox"/> nie |                |                |
| 10 | Igła – mandryn do kaniulizacji tętnicy                             | <input type="checkbox"/> tak                                       | <input checked="" type="checkbox"/> nie |                |                |
| 11 | Igła cewnika naczyniowego centralnego                              | <input type="checkbox"/> tak                                       | <input checked="" type="checkbox"/> nie |                |                |
| 12 | Igła cewnika (bębenkowy)                                           | <input type="checkbox"/> tak                                       | <input checked="" type="checkbox"/> nie |                |                |
| 13 | Igła innego cewnika nienaczyniowego (np. okulistycznego)           | <input type="checkbox"/> tak                                       | <input checked="" type="checkbox"/> nie |                |                |
| 14 | Inna igła cewnika nienaczyniowego (np. okulistycznego)             | <input type="checkbox"/> tak                                       | <input checked="" type="checkbox"/> nie |                |                |
| 15 | Igła, nie wiadomo jakiego rodzaju                                  | <input type="checkbox"/> tak                                       | <input checked="" type="checkbox"/> nie |                |                |
| 16 | Inna igła, proszę opisać igła lokalizacyjna                        | <input type="checkbox"/> tak                                       | <input checked="" type="checkbox"/> nie | 1              | 12,5           |
| 17 | Ostrze do nakłuwania typu lancet (opuszka, pięta)                  | <input type="checkbox"/> tak                                       | <input checked="" type="checkbox"/> nie |                |                |
| 18 | Igła do szycia                                                     | <input type="checkbox"/> tak                                       | <input checked="" type="checkbox"/> nie |                |                |
| 19 | Skalpel wielorazowy                                                | <input type="checkbox"/> tak                                       | <input checked="" type="checkbox"/> nie | 2              | 25             |
| 20 | Skalpel jednorazowego użytku                                       | <input type="checkbox"/> tak                                       | <input checked="" type="checkbox"/> nie |                |                |
| 21 | Brzytwa / żyletka                                                  | <input type="checkbox"/> tak                                       | <input checked="" type="checkbox"/> nie |                |                |
| 22 | Pipeta plastikowa                                                  | <input type="checkbox"/> tak                                       | <input checked="" type="checkbox"/> nie |                |                |
| 23 | Nożyczki                                                           | <input type="checkbox"/> tak                                       | <input checked="" type="checkbox"/> nie |                |                |

|    |                                                            |                              |                                         |   |      |
|----|------------------------------------------------------------|------------------------------|-----------------------------------------|---|------|
| 24 | Sprzęt do elektrokoagulacji                                | <input type="checkbox"/> tak | <input checked="" type="checkbox"/> nie | 1 | 12,5 |
| 25 | Nożyce kostne                                              | <input type="checkbox"/> tak | <input checked="" type="checkbox"/> nie |   |      |
| 26 | Spinak do serwet                                           | <input type="checkbox"/> tak | <input checked="" type="checkbox"/> nie |   |      |
| 27 | Ostrze mikrotomu                                           | <input type="checkbox"/> tak | <input checked="" type="checkbox"/> nie |   |      |
| 28 | Trokar                                                     | <input type="checkbox"/> tak | <input checked="" type="checkbox"/> nie |   |      |
| 29 | Probówki próżniowe (plastikowa)                            | <input type="checkbox"/> tak | <input checked="" type="checkbox"/> nie |   |      |
| 30 | Probówka plastikowa                                        | <input type="checkbox"/> tak | <input checked="" type="checkbox"/> nie |   |      |
| 31 | Haki skórne / kostne                                       | <input type="checkbox"/> tak | <input checked="" type="checkbox"/> nie |   |      |
| 32 | Klamerki / szwy stalowe                                    | <input type="checkbox"/> tak | <input checked="" type="checkbox"/> nie |   |      |
| 33 | Drut (szew, mocujący, prowadnica)                          | <input type="checkbox"/> tak | <input checked="" type="checkbox"/> nie |   |      |
| 34 | Gwóźdź (zespalający, prowadzący)                           | <input type="checkbox"/> tak | <input checked="" type="checkbox"/> nie |   |      |
| 35 | Wiertło                                                    | <input type="checkbox"/> tak | <input checked="" type="checkbox"/> nie |   |      |
| 36 | Kleszczyki, zaciski                                        | <input type="checkbox"/> tak | <input checked="" type="checkbox"/> nie |   |      |
| 37 | Ostry przedmiot, nie wiadomo jakiego rodzaju               | <input type="checkbox"/> tak | <input checked="" type="checkbox"/> nie | 2 | 25   |
| 38 | Inny ostry przedmiot (opisz): .....                        | <input type="checkbox"/> tak | <input checked="" type="checkbox"/> nie |   |      |
| 39 | Ampułki z lekiem                                           | <input type="checkbox"/> tak | <input checked="" type="checkbox"/> nie |   |      |
| 40 | Fiolki (o małej objętości z gumowym korkiem)               | <input type="checkbox"/> tak | <input checked="" type="checkbox"/> nie |   |      |
| 41 | Butelki (z lekami/płynami I.V. (dużej objętości)           | <input type="checkbox"/> tak | <input checked="" type="checkbox"/> nie |   |      |
| 42 | Pipeta (szklana)                                           | <input type="checkbox"/> tak | <input checked="" type="checkbox"/> nie |   |      |
| 43 | Probówki próżniowe (szklane)                               | <input type="checkbox"/> tak | <input checked="" type="checkbox"/> nie |   |      |
| 44 | Probówki / pojemniki na próbki (szklane)                   | <input type="checkbox"/> tak | <input checked="" type="checkbox"/> nie |   |      |
| 45 | Rurki kapilarne                                            | <input type="checkbox"/> tak | <input checked="" type="checkbox"/> nie |   |      |
| 46 | Płytki szklane                                             | <input type="checkbox"/> tak | <input checked="" type="checkbox"/> nie |   |      |
| 47 | Przedmioty szklane, nie wiadomo dokładnie, jakiego rodzaju | <input type="checkbox"/> tak | <input checked="" type="checkbox"/> nie |   |      |
| 48 | Inne przedmioty szklane, opisz.....                        | <input type="checkbox"/> tak | <input checked="" type="checkbox"/> nie |   |      |
| 49 | Inny przedmiot ostry (opisz).....                          | <input type="checkbox"/> tak | <input checked="" type="checkbox"/> nie |   |      |

5. Liczba zranień ostrymi narzędziami w podmiocie wykonującym działalność leczniczą. - 8

7. Jaka była przyczyna zranienia? (Zaznacz tylko jedną odpowiedź).

- Przed użyciem sprzętu (sprzęt załamał się, wyslizgnął przy montowaniu sprzętu, itp.) ☐
- W czasie użycia sprzętu (sprzęt wyslizgnął się, pacjent poruszył się itp.) ☒
- Demontaż sprzętu ☐
- Przy powtórным nakładaniu osłonki na zużyta igłę ☐
- Przygotowanie do kolejnego użycia sprzętu wielokrotnego użycia (czyszczenie, dezynfekcja, sterylizacja itp.) ☐
- Sprzęt zostawiony na: stole, łóżku, innym niewłaściwym miejscu ☐
- Podczas wkładania do pojemnika na ostre odpady ☐
- Inna, jaka? (opisz).....

8. Działania mające na celu ograniczenie liczby zranień.

| Lp | Okres sprawozdawczy                                                              |                            |
|----|----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
|    | Działanie ograniczające liczbę zranień                                           | Szacunkowy koszt działania |
| 1  | Poruszenie tematyki zakuc podczas szkoleń wstępnych i okresowych dla pracowników | brak                       |