Aktion Saubere Hände

Händedesinfektion – Compliance Beobachtungsbogen

NRZ Nationales Referenzzentrum für Surveillance von nosokomialen Infektionen

Krankenhaus KISS-Kürzel: _____ **Name Station / Funktionsbereich:** _____ **Datum (TT / MM / JJ):** __ __ / __ __ / __ __

Berufsgruppe	Indikation	Zuordnung aseptische Tätigkeit
☐ Arzt/Ärztin ☐ Pflege ☐ Andere	☐ vor Patk ☐ vor asept ☐ nach inf ☐ nach Patk ☐ nach Um	☐ Beatmung ☐ i.v. Medikamente zubereiten ☐ Manip. i.v. / i.a. Zugänge ☐ Verbandsw. / Manip. Drainage ☐ Punktionen / Zugänge legen ☐ Kontakt Schleimhäute ☐ keine Angabe
Händedesinfektion ☐ Ja ☐ Nein		**☐ Handschuhe statt HD**

Berufsgruppe	Indikation	Zuordnung aseptische Tätigkeit
☐ Arzt/Ärztin ☐ Pflege ☐ Andere	☐ vor Patk ☐ vor asept ☐ nach inf ☐ nach Patk ☐ nach Um	☐ Beatmung ☐ i.v. Medikamente zubereiten ☐ Manip. i.v. / i.a. Zugänge ☐ Verbandsw. / Manip. Drainage ☐ Punktionen / Zugänge legen ☐ Kontakt Schleimhäute ☐ keine Angabe
Händedesinfektion ☐ Ja ☐ Nein		**☐ Handschuhe statt HD**

Berufsgruppe	Indikation	Zuordnung aseptische Tätigkeit
☐ Arzt/Ärztin ☐ Pflege ☐ Andere	☐ vor Patk ☐ vor asept ☐ nach inf ☐ nach Patk ☐ nach Um	☐ Beatmung ☐ i.v. Medikamente zubereiten ☐ Manip. i.v. / i.a. Zugänge ☐ Verbandsw. / Manip. Drainage ☐ Punktionen / Zugänge legen ☐ Kontakt Schleimhäute ☐ keine Angabe
Händedesinfektion ☐ Ja ☐ Nein		**☐ Handschuhe statt HD**

Berufsgruppe	Indikation	Zuordnung aseptische Tätigkeit
☐ Arzt/Ärztin ☐ Pflege ☐ Andere	☐ vor Patk ☐ vor asept ☐ nach inf ☐ nach Patk ☐ nach Um	☐ Beatmung ☐ i.v. Medikamente zubereiten ☐ Manip. i.v. / i.a. Zugänge ☐ Verbandsw. / Manip. Drainage ☐ Punktionen / Zugänge legen ☐ Kontakt Schleimhäute ☐ keine Angabe
Händedesinfektion ☐ Ja ☐ Nein		**☐ Handschuhe statt HD**

Berufsgruppe	Indikation	Zuordnung aseptische Tätigkeit
☐ Arzt/Ärztin ☐ Pflege ☐ Andere	☐ vor Patk ☐ vor asept ☐ nach inf ☐ nach Patk ☐ nach Um	☐ Beatmung ☐ i.v. Medikamente zubereiten ☐ Manip. i.v. / i.a. Zugänge ☐ Verbandsw. / Manip. Drainage ☐ Punktionen / Zugänge legen ☐ Kontakt Schleimhäute ☐ keine Angabe
Händedesinfektion ☐ Ja ☐ Nein		**☐ Handschuhe statt HD**

Durchgeführte Händedesinfektionen **ohne** Indikation

☐ ☐

Beobachtungen, Hinweise für Feedback