

Checklista för anestesigaser

Arbetsställe:

Klinik:

Telefon:

Datum:

Närvarande:

.....

.....

1. Var inom arbetsplatsen används lustgas? Hur ofta (t ex dagligen, någon gång i veckan, mer sällan)?

Användningsställe:

.....

.....

Frekvens:

2A. Finns Arbetsmiljöverkets föreskrift AFS 2001:7 på arbetsplatsen?

 JA NEJ

2B. Finns hanterings- och skyddsinstruktioner?

 JA NEJ

3A. Vilken personalkategori arbetar med anestesigaser? Hur många?

Personalkategori:

.....

.....

Antal:

3B. Känner personalen till riskerna med hantering av anestesigaser?

 JA NEJ

3C. Vilken utbildning har personalen genomgått för att hantera anestesigaser?

.....

.....

.....

3D. Förekommer regelbunden och återkommande utbildning för hantering av anestesigaser?

 JA NEJ

3E. Sker information om riskerna till arbetstagare som inte direkt arbetar med anestesigaser men som kan exponeras?

 JA NEJ

Om JA, hur?

.....

.....

4. Hur är ventilationen ordnad i uppvakningsrum?

.....

.....

.....

.....

.....

5A. Utförs läckagekontroll av gasuttag minst 1 gång per år?

 JA NEJ

5B. Av vem/vilka (t ex teknisk enhet)?

.....

.....

.....

5C. Förs protokoll över kontroll av läckage?

 JA NEJ

Kommentar:

.....

.....

6A. Tillverkningsår på anestesigasutrustning?

.....

6B. Finns rutiner för utsortering?

 JA NEJ

7. Finns bruks- och skötselinstruktioner för anestesigasutrustningen?

 JA NEJ

 På svenska?

 På annat språk?

Vilket/vilka?

.....

.....

8A. Finns överskottsutsug på utrustningen?

 JA NEJ

8B. Har utsuget funktionsindikering?

 JA NEJ

8C. Om NEJ, görs kapacitetsmätning minst 1 gång per månad?

 JA NEJ

8D. Förs protokoll över mätningen?

 JA NEJ

9A. Utförs teknisk översyn minst 1 gång per år?

 JA NEJ


9B. Av vem/vilka (t ex teknisk enhet)?

.....
.....

9C. Förs protokoll av täthet hos andningssystem före varje användning?

JA NEJ

10A. Utförs kontroll av täthet hos andningssystem före varje användning?

JA NEJ

10B. Hur utförs kontrollen?

.....
.....
.....
.....

11. Har personer som utfört kontroller erforderliga kunskaper om anestesigas-utrustning?

JA NEJ

12A. Finns punktutsug (näruvsug) vid patienten under arbete med mask eller liknande där risk finns för att det hygieniska gränsvärdet överskrids?

JA NEJ

12B. Har detta kontinuerlig flödes-mätare?

JA NEJ

12C. Om NEJ, hur ofta kontrolleras punktutsuget?

.....

12D. Förs protokoll över kontroll av flödet?

JA NEJ

13A. Används dubbelmask?

JA NEJ

13B. Om JA, när och hur kontrolleras dubbelmasken?

.....
.....
.....

14A. Har expositions-mätningar gjorts de senaste tre åren?

JA NEJ

14B. Om JA, vad var anledningen?

.....
.....
.....

14C. Om NEJ, hur har man förvissat sig om att hygieniskt gränsvärde inte överskrids?

.....
.....
.....

14D. Har åtgärder vidtagits med anledning av mätresultat?

JA NEJ

14E. Om JA, vilka?

.....
.....
.....
.....

15. Kontrolleras masker/slangar till patienter?

JA NEJ

16. Anpassas patientmask efter patientens behov och täthet?

JA NEJ

17. Används slangar i flexibla slangsystem som är böjda?

JA NEJ

18. Dimensioneras system/slangar för att minska tryckfall?

JA NEJ

19. Har läckage från gasuttag i vägg och anestesimobil/pendel/op-mobil kontrollerats?

JA NEJ

20. Görs löpande underhåll och kontroll av system och komponenter?

JA NEJ

21. Är sjukhussalarna möblerade så att personalen arbetar nära friskluftsintag och inte utsätts för onödigt exponering?

JA NEJ