# Kompetencevurdering 6: Infektionshygiejne

Kompetencevurderingsmetode**:** **Case-baseret diskussion**

**Vejledning**: Systematisk gennemgang af infektionshygiejniske problemstillinger med udgangspunkt i en konkret case som den uddannelsessøgende har været involveret i. Den uddannelsessøgende vælger selv en case, medbringer relevant dokumentation, og præsenterer for feedback-giveren. Casens kompleksitet udvælges og vurderes afhængigt af uddannelsesniveau.

Der afsættes ca. 20 min. til præsentation og diskussion og derefter ca. 10 min. til feedback.

**Dato: \_\_/\_\_/\_\_\_\_**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | **Kommentarer** (evt. ”ej relevant”) |
| 1 | Vurdering af laboratoriesvar |  |
| 2 | Indhentning af relevante kliniskeog epidemiologiske oplysninger |  |
| 3 | Rådgivning om iværksættelse af generelleog supplerende infektionshygiejniske tiltag |  |
| 4 | Rådgivning om opfølgning af medpatienterog/eller andre eksponerede |  |
| 5 | Stillingtagen til kriterier for ophævelse af supplerende infektionshygiejniske tiltag, herunder slutrengøring |  |
| 6 | Rådgivning om lovpligtig telefonisk og/eller skriftligt klinisk anmeldelse |  |
| 7 | Iværksættelse af smitteopsporing med involvering af relevante partnere, fx hygiejneorganisationen og STPS |  |
| 8 | Iværksættelse af relevante laboratorieundersøgelser, fx typning og indsendelse til national overvågning |  |
| 9 | Relevant involvering af andre (fx mere erfaren kollega, hygiejneorganisationen eller STPS) |  |
| 10 | (Iværksættelse af) relevant dokumentation |  |

Der fastsættes konkrete læringsmål samt realistisk plan for opnåelse. Kompetencevurderingsskemaet medbringes til næste vejledersamtale, hvor der følges op.

**Læringsmål (ca. 2):**

Kort mundtlig refleksion: **Hvordan oplevedes kompetencevurderingen (for uddannelsessøgende/** **feedback-giver)?**

|  |  |
| --- | --- |
| Uddannelsessøgendes navn: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Uddannelsestrin: I / H1 / H2 / H3 / H4 | Underskrift:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Feedback-givers navn: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Stilling: H-læge/Afdelingslæge/Overlæge/Andet | Underskrift:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |