

# Registro de Exposición a Sangre y Fluidos Corporales



Número de CI: \_\_\_\_\_ Apellido y Nombre: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_ Teléfono 1: \_\_\_\_\_ Teléfono 2: \_\_\_\_\_

Incidente N°: (uso interno) **B** \_\_\_\_\_ Institución: (uso interno) \_\_\_\_\_ Registrado por: \_\_\_\_\_

1) Fecha incidente:       2) Hora del incidente:

3) Dpto./Servicio donde ocurrió: \_\_\_\_\_

4) Dpto./Servicio de empleo : \_\_\_\_\_

5) Cargo del trabajador accidentado: (marque solo una)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1 Médico; especificar especialidad _____                                      | <input type="checkbox"/> 11 Otro tecnólogo (no Laboratorio)       |
| <input type="checkbox"/> 2 Médico residente/Interno; especificar especialidad _____                    | <input type="checkbox"/> 12 Odontólogo                            |
| <input type="checkbox"/> 3 Estudiante de medicina  | <input type="checkbox"/> 13 Higienista dental/Asistente dental    |
| <input type="checkbox"/> 4 Enfermera: aclarar $\Rightarrow$ <input type="checkbox"/> 1 Licenciada      | <input type="checkbox"/> 14 Personal servicio/Limpieza, tisanería |
| <input type="checkbox"/> 5 Estudiante enfermería <input type="checkbox"/> 2 Auxiliar                   | <input type="checkbox"/> 19 Trabajador lavandería                 |
| <input type="checkbox"/> 18 Asistente de enfermería <input type="checkbox"/> 3 Especializada           | <input type="checkbox"/> 20 Portero/Seguridad                     |
| <input type="checkbox"/> 6 Terapia respiratoria <input type="checkbox"/> 6 Agencia-personal temporario | <input type="checkbox"/> 16 Ambulancia/Paramédico                 |
| <input type="checkbox"/> 7 Asistente de cirugía  | <input type="checkbox"/> 22 Obstetra                              |
| <input type="checkbox"/> 8 Otro asistente  | <input type="checkbox"/> 17 Otro estudiante                       |
| <input type="checkbox"/> 9 Transfusionista   |   |
| <input type="checkbox"/> 10 Tecnólogo laboratorio clínico  | <input type="checkbox"/> 15 Otro; describir: _____                |

6) ¿Dónde ocurrió el accidente? (marque solo una)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1 Habitación, sala de paciente                             | <input type="checkbox"/> 9 Unidad de diálisis (hemodiálisis y diálisis peritoneal)         |
| <input type="checkbox"/> 2 Fuera de la habitación, sala (pasillo, enfermería, etc.) | <input type="checkbox"/> 10 Salas procedimientos diagnósticos (radiología/ECG/EEG/etc)     |
| <input type="checkbox"/> 3 Departamento de emergencia                               | <input type="checkbox"/> 11 Laboratorio clínico  |
| <input type="checkbox"/> 4 CTI/UCE: especificar tipo: _____                         | <input type="checkbox"/> 12 Anatomía patológica/Morgue                                     |
| <input type="checkbox"/> 5 Quirófano/Recuperación                                   | <input type="checkbox"/> 13 Servicios generales (lavandería/suministros/mantenimiento/etc) |
| <input type="checkbox"/> 6 Policlínica/consultorio externo                          | <input type="checkbox"/> 16 Sala de partos   |
| <input type="checkbox"/> 7 Banco de sangre  | <input type="checkbox"/> 17 Servicios atención en el hogar                                 |
| <input type="checkbox"/> 8 Unidad de extracciones de sangre                         | <input type="checkbox"/> 14 Otro; describir: _____   |

7) ¿Se pudo identificar al paciente fuente? (marque solo una)

- 1 Si  2 No  3 Desconocido  4 No aplicable

8) ¿A cuáles fluidos corporales se expuso el trabajador? (marque todos los que correspondan)

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Sangre o derivados de sangre | <input type="checkbox"/> Líquido peritoneal     |
| <input type="checkbox"/> Vómito                       | <input type="checkbox"/> Líquido pleural        |
| <input type="checkbox"/> Espujo                       | <input type="checkbox"/> Líquido amniótico      |
| <input type="checkbox"/> Saliva                       | <input type="checkbox"/> Orina                  |
| <input type="checkbox"/> LCR                          | <input type="checkbox"/> Otro, describir: _____ |

¿Estaba el fluido corporal visiblemente contaminado con sangre?  Si  No  Desconocido

9) La zona expuesta era: (marque todos los que correspondan)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Piel sana         | <input type="checkbox"/> Mucosa nasal           |
| <input type="checkbox"/> Piel no sana      | <input type="checkbox"/> Mucosa bucal           |
| <input type="checkbox"/> Conjuntiva ocular | <input type="checkbox"/> Otra, describir: _____ |

10) La sangre o el fluido corporal: (marque todos los que correspondan)

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Tocó piel desprotegida   | <input type="checkbox"/> Pasó a través de la ropa de protección |
| <input type="checkbox"/> Tocó piel a través de una zona descubierta de ropa de protección | <input type="checkbox"/> Pasó a través de la ropa común         |

11) ¿Qué elementos de protección utilizaba en el momento de la exposición?: (marque todos los que correspondan)

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Un par de guantes látex/vinilo    | <input type="checkbox"/> Máscara quirúrgica                          |
| <input type="checkbox"/> Dos pares de guantes látex/vinilo | <input type="checkbox"/> Túnica quirúrgica                           |
| <input type="checkbox"/> Gafas protectoras                 | <input type="checkbox"/> Mandil de plástico                          |
| <input type="checkbox"/> Lentes (no protectores)           | <input type="checkbox"/> Bata de laboratorio de tela (no protectora) |
| <input type="checkbox"/> Lentes con Protección Lateral     | <input type="checkbox"/> Bata de laboratorio, otra                   |
| <input type="checkbox"/> Protector facial                  | <input type="checkbox"/> Otra, describir: _____                      |

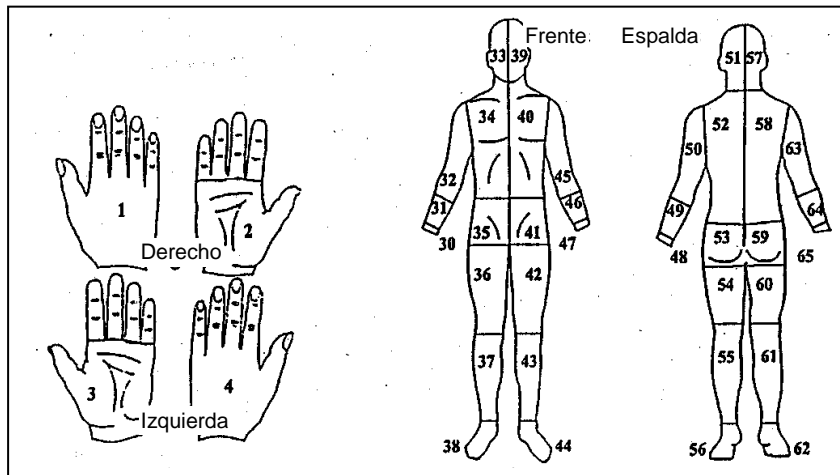
12) La exposición se produjo a consecuencia de: (marque solo una)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1 Contacto directo con el paciente                         | <input type="checkbox"/> 5 Salpicó/Escurió otro recipiente con fluido corporal |
| <input type="checkbox"/> 2 Escurió o salpicó del recipiente contenedor              | <input type="checkbox"/> 6 Tocó equipo o superficie contaminada                |
| <input type="checkbox"/> 3 Rotura del recipiente contenedor                         | <input type="checkbox"/> 7 Tocó campos/sábanas/túnicas, etc. contaminadas.     |
| <input type="checkbox"/> 4 Escurió/Rotura, Vía IV/Bolsa/Bomba Infusión              | <input type="checkbox"/> 8 Desconocido   |
| <input type="checkbox"/> 10 Cebando/Ventilador/otro; tubo se separó/salpicó/Escurió | <input type="checkbox"/> 9 Otro, describir: _____                              |
- Especificar tubo: \_\_\_\_\_

Si hubo falla del equipo, especificar cual: Tipo de equipo: \_\_\_\_\_

Fabricante: \_\_\_\_\_

- 13) ¿Durante cuánto tiempo la sangre o el fluido estuvo en contacto con la piel o superficie cutáneo-mucosa del expuesto?  
(marque solo una)
- 1 Menos de 5 minutos
  - 2 5 -14 minutos
  - 3 De 15 minutos a 1 hora
  - 4 Más de 1 hora
- 14) ¿Qué cantidad de sangre o fluido corporal estuvo en contacto con la piel o superficie cutáneo-mucosa del expuesto?  
(marque solo una)
- 1 Poca cantidad (hasta 5 cc, o como 1 cucharadita)
  - 2 Moderada cantidad (hasta 50 cc)
  - 3 Gran cantidad (más de 50 cc)
- 15) Señale la zona expuesta: escriba el número de hasta tres zonas expuestas del cuerpo en los espacios en blanco.
- Superficie expuesta mayor: \_\_\_\_\_ Superficie expuesta Intermedia: \_\_\_\_\_ Superficie expuesta menor: \_\_\_\_\_



- 16) Describa las circunstancias que causaron esta exposición (especifique si hubo malfuncionamiento del equipo):
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- 17) Para el trabajador de salud incidentado: Considera Ud. que otras medidas de ingeniería, administrativas, de organización o de prácticas del trabajo, ¿Hubieran prevenido el incidente?  1 Si  2 No  3 Desconocido
- Describir: \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

**Gastos:**

\_\_\_\_\_ De laboratorio (VHB, VHC, VIH, otros)

\_\_\_\_\_ Trabajador de Salud

\_\_\_\_\_ Fuente

\_\_\_\_\_ De tratamiento profiláctico (HBIG, vacuna VHB, tétanos, otros)

\_\_\_\_\_ Trabajador de Salud

\_\_\_\_\_ Fuente

\_\_\_\_\_ De atención médica (Emergencia, Servicio de Salud del Trabajador, otros)

\_\_\_\_\_ Otros gastos (Seguro de Compensación de Enfermedad, Cirugía, otros)

\_\_\_\_\_ TOTAL (redondear al número entero más cercano)

- ¿El incidentado debió ampararse en el seguro de enfermedad?  1 Si  2 No  3 Desconocido
- En caso afirmativo, ¿Cuántos días estuvo sin trabajar? \_\_\_\_\_
- ¿Cuántos días estuvo con actividad laboral restringida? \_\_\_\_\_
- En los 10 días laborables después del accidente, ¿Fue necesario tratamiento médico o quirúrgico, o el trabajador falleció?
- 1 Si  2 No  3 Desconocido