

# Registro de Exposición a Sangre y Fluidos Corporales



Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Teléfono 1: \_\_\_\_\_

Teléfono 2: \_\_\_\_\_

Incidente N°: (uso interno) **B** \_\_\_\_\_ Tipo de institución: (uso interno) \_\_\_\_\_

Registrado por: \_\_\_\_\_

EPINet is a trademark of the University of Virginia. Windows is a registered trademark of Microsoft Corporation in the United States and/or other countries. Operates in Windows 95 and Windows 98 Environments. © 2000 Becton, Dickinson and Company. Argentina Access 2010

9/2014

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 =====▶ <input type="checkbox"/> 1 Professional                   | <input type="checkbox"/> 14 Auxiliar de servicios generales /Limpieza |
| <input type="checkbox"/> 5 Estudiante enfermería <input type="checkbox"/> 2 Especialista                       | <input type="checkbox"/> 19 Trabajador lavandería                     |
| <input type="checkbox"/> 18 Aux de salud familiar/comunitaria <input type="checkbox"/> 3 Aux enferm camillaero | <input type="checkbox"/> 20 Portero/Seguridad                         |
| <input type="checkbox"/> 6 Teraupeta respiratoria  | <input type="checkbox"/> 16 Ambulancia/Paramédico                     |
| <input type="checkbox"/> 7 Asistente de cirugía/Instrumentador   | <input type="checkbox"/> 17 Otro estudiante                           |
| <input type="checkbox"/> 8 Otro asistente  | <input type="checkbox"/> 22 Lic. obstetricia                          |
| <input type="checkbox"/> 9 Transfusionista   | <input type="checkbox"/> 15 Otro; describir: _____                    |
| <input type="checkbox"/> 10 Tecnólogo laboratorio clínico  |   |

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 Sala procedimiento diagnóstico (radiología/ECG/EEG, ...)   |
| <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 Servicio generale(lavandería/suministros/mantenimiento...) |
| <input type="checkbox"/> 6 Consulta externa   | <input type="checkbox"/> 16 Sala de parto  |
| <input type="checkbox"/> 7 Banco de sangre  | <input type="checkbox"/> 17 Servicio atención en el hogar                              |
| <input type="checkbox"/> 8 Unidad de extracciones de sangre                         | <input type="checkbox"/> 14 Otros; 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"/> Espudo                       | <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?  1 Si  2 No  3 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/ambu/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: \_\_\_\_\_

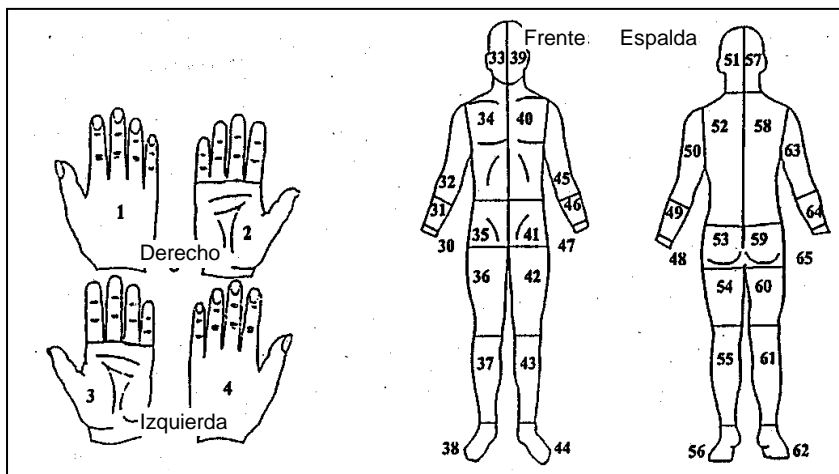
Fabricante: \_\_\_\_\_

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? \_\_\_\_\_

¿Fue necesario tratamiento médico o quirúrgico, o la muerte ocurrió 10 días laborables después?  1 Si  2 No  3 Desconocido