

Notificação de Exposição a Sangue e Fluidos Corporais Exposure



Nome: _____

Numero de identificação **B** _____ Hospital nº: _____ Preenchido por: _____

1) Data do ferimento: 2) Hora do ferimento:

3) Seto onde o ferimento ocorreu: _____

4) Serviço: _____

5) Categoria profissional:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1 Médico plantonista/ assistente (especialidade: _____) | <input type="checkbox"/> 9 Flebotomista |
| <input type="checkbox"/> 2 Médico residente / companheiro (especialidade: _____) | <input type="checkbox"/> 10 Técnico de laboratório |
| <input type="checkbox"/> 3 Estudante de medicina | <input type="checkbox"/> 11 Funcionário do laboratório |
| <input type="checkbox"/> 4 Enfermeira=====→ 1 Técnico | <input type="checkbox"/> 12 Dentista |
| <input type="checkbox"/> 18 Auxiliar de enfermagem 2 Assistente | <input type="checkbox"/> 13 Assistente de dentista |
| <input type="checkbox"/> 5 Estudante de enfermagem | <input type="checkbox"/> 14 Funcionário do serviço de limpeza |
| <input type="checkbox"/> 22 Parteira | <input type="checkbox"/> 19 Empregado da lavanderia |
| <input type="checkbox"/> 6 Fisioterapeuta | <input type="checkbox"/> 20 Segurança |
| <input type="checkbox"/> 7 Instrumentalista | <input type="checkbox"/> 16 Paramédico |
| <input type="checkbox"/> 8 Outro assistente | <input type="checkbox"/> 15 Outro, descreva: _____ |

6) Onde o ferimento ocorreu?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1 Quarto do paciente | <input type="checkbox"/> 9 Clínica de diálise |
| <input type="checkbox"/> 2 Fora do quarto (corredor/posto de enfermagem) | <input type="checkbox"/> 10 Sala de exames (raio-x, etc) |
| <input type="checkbox"/> 3 Emergência | <input type="checkbox"/> 11 Laboratório clínico |
| <input type="checkbox"/> 4 Unidade de terapia intensiva | <input type="checkbox"/> 12 Autópsia/patologia |
| <input type="checkbox"/> 5 Sala de operação/centro de material | <input type="checkbox"/> 13 Área de serviço (lavanderia, central de esterilização) |
| <input type="checkbox"/> 6 Ambulatório/consultório | <input type="checkbox"/> 16 Sala de parto |
| <input type="checkbox"/> 7 Banco de sangue | <input type="checkbox"/> 17 Provedor de cuidados médicos no domicílio |
| <input type="checkbox"/> 8 Centro de punção venosa | <input type="checkbox"/> 14 Outro, descreva: _____ |
| <input type="checkbox"/> 9 Clínica de diálise | |

7) O paciente-fonte era conhecido?

- 1 Sim 2 Não 3 Desconhecido 4 Não se aplica

8) Que fluido corporal o funcionário foi exposto?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Sangue ou derivado do sangue | <input type="checkbox"/> Líquido peritoneal |
| <input type="checkbox"/> Vômito | <input type="checkbox"/> Líquido pleural |
| <input type="checkbox"/> Escarro/expectoração | <input type="checkbox"/> Líquido amniótico |
| <input type="checkbox"/> Saliva | <input type="checkbox"/> Urina |
| <input type="checkbox"/> Líquido cerebrospinal | <input type="checkbox"/> Outro, descreva: _____ |

Havia fluidos corporais visível com sangue? Sim Não Desconhecido

A região do corpo atingida foi: (cheque 1 ou mais itens)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Pele íntegra <input type="checkbox"/> Nariz (mucosa) | |
| <input type="checkbox"/> Pele não íntegra | <input type="checkbox"/> Boca (mucosa) |
| <input type="checkbox"/> Olhos (conjuntiva) | <input type="checkbox"/> Outra, descreva: _____ |

9) O sangue ou a secreção corporal tocou (cheque 1 ou mais itens) :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Pele desprotegida absorvente/latex | <input type="checkbox"/> Através de avental apropriado (plástico/vinil /material não absorvente) |
| <input type="checkbox"/> Espaço entre a pele e o EPI utilizado | <input type="checkbox"/> Através de avental inapropriado (algodão/material absorvente) |

10) Cheque que tipo de EPI foi usado no momento do acidente: (cheque 1 ou mais itens)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Par de luvas simples (vinil/latex) | <input type="checkbox"/> Máscara cirúrgica |
| <input type="checkbox"/> Par de luvas duplo (vinil/latex) | <input type="checkbox"/> Avental cirúrgico |
| <input type="checkbox"/> Óculos de proteção | <input type="checkbox"/> Avental de plástico |
| <input type="checkbox"/> Óculos comuns (sem proteção permeável) | <input type="checkbox"/> Bata de laboratório (de algodão/ poliester ou material impermeável) |
| <input type="checkbox"/> Óculos comuns (com proteção lateral) | <input type="checkbox"/> Bata de laboratório de material impermeável |
| <input type="checkbox"/> Proteção facial | <input type="checkbox"/> Outro, descreva: _____ |

11) A exposição foi causada por:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1 Contato direto com o paciente | <input type="checkbox"/> 5 Outro container para sangue ou fluido (espirrou/ vazou) |
| <input type="checkbox"/> 2 Container de amostra (vazou/ espirrou) | <input type="checkbox"/> 6 Tocou equipamento ou superfície contaminada |
| <input type="checkbox"/> 3 Container de amostra quebrado | <input type="checkbox"/> 7 Tocou campo cirúrgico/ ençol/ avental,etc. |
| <input type="checkbox"/> 4 Equipo de soro/bolsa/bomba/ (vazou ou quebrou) | <input type="checkbox"/> 8 Desconhecido |
| <input type="checkbox"/> 10 SNG/respirador/outro tubo separado (Vazou, espirrou). Especifique o tubo: _____ | <input type="checkbox"/> 9 Outro, descreva: _____ |

12) Se falha de equipamento especificar: Tipo de equipamento: _____

Fabricante de produto _____

13) Por quanto tempo o sangue ou o fluido corporal esteve em contato com a pele ou mucosa:

- 1 < 5 minutos
- 2 5-14 minutos
- 3 15 minutos ou 1 Hora
- 4 > 1 Hora

14) A extensão do contato com pele ou mucosa foi:

- 1 quantidade pequena (< 5ml ou 1 colher de chá)
- 2 quantidade moderada (> 5 ml ou ¼ da xícara média)
- 3 grande quantidade (> 50 ml ou >¼ da xícara média)

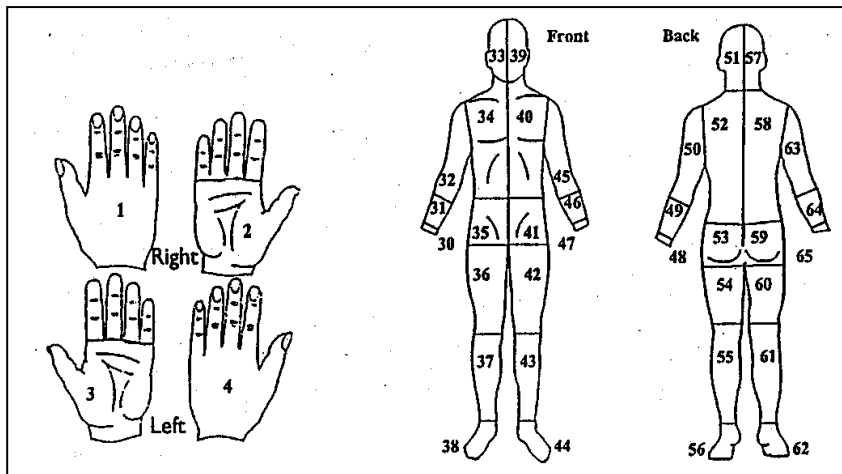
15) Região do corpo exposta :

Escreva o número da região atingida (até 3 regiões):

Maior área exposta _____

Moderada área exposta _____

Menor área exposta _____



16) Descreva as circunstâncias em que o acidente ocorreu:

Cost:

Lab charges (Hb, HCV, HIV, other tests)

_____ Healthcare worker
_____ Source

Treatment Prophylaxis (HBIG, Hb vaccine, tetanus, other)

_____ Healthcare worker
_____ Source

_____ Service charges (Emergency dept, Employee health, other)

_____ Other costs (Worker's comp, surgery, other)

_____ TOTAL (round to nearest dollar)

Is this incident government reportable? 1 Yes 2 No 3 Unknown

If yes, days away from work: _____

Days of restricted work activity: _____

Does this incident meet the medical device reporting criteria? (If a device defect caused serious injury necessitating medical or surgical intervention, or death occurred within 10 works days of incident.)

1 Yes (If yes, follow reporting protocol) 2 No 3 Unknown