

Follow-Up Exposição



Número de identificação: _____ Hospital nº: _____

Data do Acidente/Exposição: __/__/____

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.
V1.2/Brazil

8/2012

Paciente- fonte

1) O paciente fonte era conhecido ?

- fonte conhecida e testada fonte conhecida mas não testada: _____ fonte desconhecida

2) O paciente fonte era positivo para algum destes patógenos abaixo (mesmo se testado antes da exposição)

Patógeno	Teste (circule)	Resultado (circule resultado)			Data coleta
Hepatite B	HbsAg	1 positivo	2 negativo	3 não testado	__/__/____
	HbeAg	1 positivo	2 negativo	3 não testado	
	Anti HBs	1 positivo	2 negativo	3 não testado	
	Anti HBc	1 positivo	2 negativo	3 não testado	
Hepatite C	Anti-HCV EIA	1 positivo	2 negativo	3 não testado	__/__/____
	PCR-HCV	1 positivo	2 negativo	3 não testado	
	RNA	1 positivo	2 negativo	3 não testado	
HIV	Anti-HIV	1 positivo	2 negativo	3 não testado	__/__/____
	#CD4 Cells	contagem _____		3 não testado	
	Carga -antig	RNA copies/ml _____		3 não testado	
	Outro	__/__/____			
Outro	_____	_____			__/__/____

3) Se o paciente fonte pertence a um grupo de alto risco para patógenos transmitidos por via sanguínea , marque todas que se aplicam:

- Receptor de produto sanguíneo Enzimas elevadas Sexual Diálise
 Drogas endovenosas Hemofilia Outro, Descreva: _____

4) Se o paciente fonte HIV positivo, foi tratado com uma destas drogas antes da exposição ocorrer?

- Desconhecido 3TC IDV
 AZT ddC Outro Anti-Retroviral: _____

5) Adicionais comentários do paciente fonte:

Profissional de saúde:

1) Profissional de Saúde foi visto por: 1 CCIH 2 CIPA 3 Sala de Emergência 4 Outra, Descreva: _____

2) A profissional de saúde foi vacinado contra Hepatite B antes da exposição? 1-Dose 2-Doses 3-Doses Não
 Se sim , o nível de anticorpos: _____ Data do teste: __/__/____

2a) O profissional de saúde estava grávido? 1 Sim 2 Não
 Se sim , em que trimestre? 1 Primeiro 2 Segundo 3 Terceiro

3) Resultado dos testes :

Patógeno	Teste (circule)	Resultado (circule resultado)			Data Coleta	# of days until follow-up
Hepatite B	HbsAg	1 positivo	2 negativo	3 não testado	__/__/____	_____
	HbeAg	1 positivo	2 negativo	3 não testado	__/__/____	_____
	Anti HBs	1 positivo	2 negativo	3 não testado	__/__/____	_____
	Anti HBc	1 positivo	2 negativo	3 não testado	__/__/____	_____
Hepatite C	Anti-HCV EIA	1 positivo	2 negativo	3 não testado	__/__/____	_____
	Anti-HCV supp.	1 positivo	2 negativo	3 não testado	__/__/____	_____
	_____	1 positivo	2 negativo	3 não testado	__/__/____	_____
HIV	Anti-HIV	1 positivo	2 negativo	3 não testado	__/__/____	_____
Outro	_____	_____			__/__/____	_____
Outro	_____	_____			__/__/____	_____

4) Circule todo o tratamento/profilaxia dado ao profissional de saúde e PREENCHA AS DOSES

Tratamento	Dose	Data	Duração/Comentários
HBIG	1. _____	__/__/____	_____
	2. _____	__/__/____	_____
HBV Vacina	1. _____	__/__/____	_____
	2. _____	__/__/____	_____
	3. _____	__/__/____	_____
	Reforço: _____	__/__/____	_____
HIV Antiretroviral	Especifique: _____	__/__/____	_____
HIV Antiretroviral	Especifique: _____	__/__/____	_____
HIV Antiretroviral	Especifique: _____	__/__/____	_____
Outro, Especifique	_____	__/__/____	_____

5) Resultado dos testes de Follow-Up:

Patógeno	Teste (circule)	Resultado (circule resultado)			Data coleta	# of days until follow-up
Hepatite B	1ª coleta					
	HbsAg	1 positivo	2 negativo	3 não testado	__/__/____	_____
	Anti HBs	1 positivo	2 negativo	3 não testado		
	Anti HBc	1 positivo	2 negativo	3 não testado		
	2ª coleta					
	HbsAg	1 positivo	2 negativo	3 não testado	__/__/____	_____
	Anti HBs	1 positivo	2 negativo	3 não testado		
	Anti HBc	1 positivo	2 negativo	3 não testado		
	3ª coleta					
	HbsAg	1 positivo	2 negativo	3 não testado	__/__/____	_____
	Anti HBs	1 positivo	2 negativo	3 não testado		
	Anti HBc	1 positivo	2 negativo	3 não testado		
Hepatite C	Anti-HCV (test 1)	1 positivo	2 negativo	3 não testado	__/__/____	_____
	Anti-HCV (test 2)	1 positivo	2 negativo	3 não testado		
HIV	Anti-HIV (test 1)	1 positivo	2 negativo	3 não testado	__/__/____	_____
	Anti-HIV (test 2)	1 positivo	2 negativo	3 não testado	__/__/____	_____
	Anti-HIV (test 3)	1 positivo	2 negativo	3 não testado	__/__/____	_____
	Anti-HIV (test 4)	1 positivo	2 negativo	3 não testado	__/__/____	_____
Outro	_____	_____	_____	__/__/____	_____	

6) Comentários adicionais:

7. Follow- up of prophylaxis

Serological results:

Time	Data	HIV	HBsAG	HCV
_____	__/__/____	_____	_____	_____
_____	__/__/____	_____	_____	_____
_____	__/__/____	_____	_____	_____

Follow- up of HBV vaccination:

- one dose
- base vaccination → date __/__/____
- injection after 1 month → date __/__/____
- injection after 2 months → date __/__/____
- injection after 1 year → date __/__/____

