

# Notificação de Ferimentos por Objetos Cortantes



Nome: \_\_\_\_\_

Numero de identificação S \_\_\_\_\_ Hospital nº: \_\_\_\_\_ Preenchido por: \_\_\_\_\_

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

3) Setor 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: _____                                 |

7) O paciente-fonte era conhecido?

- |                                |                                |   |  |
|--------------------------------|--------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1 Sim | <input type="checkbox"/> 2 Não | <input type="checkbox"/> 3 Desconhecido | <input type="checkbox"/> 4 Não se aplica |
|--------------------------------|--------------------------------|---|--|

8) O objeto foi usado pela primeira vez pela pessoa ferida?

- |                                |                                |   |  |
|--------------------------------|--------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1 Sim | <input type="checkbox"/> 2 Não | <input type="checkbox"/> 3 Desconhecido | <input type="checkbox"/> 4 Não se aplica |
|--------------------------------|--------------------------------|---|--|

9) O objeto estava:

- |   |                                |
|---|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 Contaminado ➔ havia sangue no instrumento? | <input type="checkbox"/> 1 Sim |
| <input type="checkbox"/> 2 Não contaminado                            | <input type="checkbox"/> 2 Não |
| <input type="checkbox"/> 3 Desconhecido                               |                                |

10) O objeto foi usado com o propósito de?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1 Desconhecido / Não se aplica   | <input type="checkbox"/> 16 Instalar acesso central arterial/venoso              |
| <input type="checkbox"/> 2 Injeção Intramuscular/Subcutânea, ou Outra Injeção através da pele (seringa) | <input type="checkbox"/> 9 Obter amostra de secreção ou tecido                   |
| <input type="checkbox"/> 3 Heparina ou soro fisiológico para lavagem (seringa)                          | <input type="checkbox"/> 10 Punção digital/calcanhar (amostra de sangue capilar) |
| <input type="checkbox"/> 4 Outra Injeção (ou aspiração) no local de punção ou conexão venosa (seringa)  | <input type="checkbox"/> 11 Suturar  |
| <input type="checkbox"/> 5 Conectar equipo de soro venoso   | <input type="checkbox"/> 12 Cortar (cirurgia)                                    |
| <input type="checkbox"/> 6 Iniciar via endovenosa ou instalar scalp com heparina                        | <input type="checkbox"/> 17 Furar osso/dente                                     |
| <input type="checkbox"/> 7 Coletar sangue venoso  | <input type="checkbox"/> 13 Electrocauterização                                  |
| <input type="checkbox"/> 8 Coletar sangue arterial ➔ a coleta de sangue foi feita:                      | <input type="checkbox"/> 14 Armazenar amostra ou droga                           |
| <input type="checkbox"/> Direta, através da pele  | <input type="checkbox"/> 15 Outro, descreva: _____                               |
| <input type="checkbox"/> Através da conexão venosa  |  |

11) O ferimento ocorreu?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1 Antes do objeto ser usado (objeto escorregou or quebrou ao instalar inadequado)          | <input type="checkbox"/> 16 Objeto deixado no chão, mesa, cama ou outro local                    |
| <input type="checkbox"/> 2 Durante o uso do objeto limpando,  | <input type="checkbox"/> 8 Após uso, antes do descarte (em trânsito para o lixo, separando)      |
| <input type="checkbox"/> 15 Imobilizando o paciente   | <input type="checkbox"/> 9 Com objeto deixado no ou perto do container de descarte               |
| <input type="checkbox"/> 3 Entre etapas do procedimento (entre injeções adicionais, passando instrumentos, etc.)    | <input type="checkbox"/> 10 Enquanto colocava o objeto no container de descarte                  |
| <input type="checkbox"/> 4 Desconectando o objeto ou equipamento  | <input type="checkbox"/> 11 Objeto projetante do container de descarte cheio                     |
| <input type="checkbox"/> 5 Preparando o objeto para reutilizá-lo (separando, esterilizando, etc.)                   | <input type="checkbox"/> 12 Por objeto projetante nas laterais do container de descarte          |
| <input type="checkbox"/> 6 Reencapando agulha   | <input type="checkbox"/> 13 Por objeto projetante de bolsas de lixo ou de container inapropriado |
| <input type="checkbox"/> 7 Retirando a agulha da borracha ou de outro material resistente (conexão do equipo, etc.) | <input type="checkbox"/> 14 Outro, descreva: _____   |

EXPOSURE PREVENTION ►  
INFORMATION NETWORK ►

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.  
V1.7e/Brazil

8/2012

- 12) Que tipo de instrumento causou o ferimento?  Agulha oca  Cirúrgico  Objeto de vidro

Que instrumento ou objeto causou o ferimento? (cheque em cada objeto somente um item)

**Agulha** (se for agulha de sutura veja "Instrumento Cirúrgico")

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1 Seringa, descartável                                   | <input type="checkbox"/> 9 Agulha de punção lombar                                   |
| <input type="checkbox"/> 2 Seringa preparada (comercialmente) com a medicação     | <input type="checkbox"/> 10 Agulha hipodermica isolada                               |
| <input type="checkbox"/> 3 Seringa para coleta de sangue arterial                 | <input type="checkbox"/> 11 Agulha de introdução para cateter arterial               |
| <input type="checkbox"/> 4 Seringa de outro tipo                                  | <input type="checkbox"/> 12 Estilete (agulha) para punção de acesso venos central    |
| <input type="checkbox"/> 5 Agulha na conexão venosa                               | <input type="checkbox"/> 14 Outra agulha de cateter vascular (cardíaca, etc.)        |
| <input type="checkbox"/> 6 Agulha do escalpe                                      | <input type="checkbox"/> 15 Outra agulha de cateter não vascular (oftalmologia, etc) |
| <input type="checkbox"/> 7 Estilete (agulha) para punção de acesso venoso central | <input type="checkbox"/> 28 Agulha, não sabe de que gênero                           |
| <input type="checkbox"/> 8 Agulha da conexão do uho do Vacutainer™                | <input type="checkbox"/> 29 Outra agulha, descreva: _____                            |

**Instrumento Cirúrgico ou outro objeto cortante**(se for vidro veja "Objeto de vidro")

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 30 Lanceta  | <input type="checkbox"/> 42 Tubo a vácuo (de plástico)             |
| <input type="checkbox"/> 31 Agulha de sutura                                   | <input type="checkbox"/> 43 Tubo de amostra (de plástico)          |
| <input type="checkbox"/> 32 Lâmina do bisturi (scalpel, disposable code is 45) | <input type="checkbox"/> 44 Unhas/dentes                           |
| <input type="checkbox"/> 33 Lâmina de barbear                                  | <input type="checkbox"/> 45 Bisturi descartável                    |
| <input type="checkbox"/> 34 Pipeta de plástico                                 | <input type="checkbox"/> 46 Afastadores de pele/osso               |
| <input type="checkbox"/> 35 Tesoura  | <input type="checkbox"/> 47 Grampos                                |
| <input type="checkbox"/> 36 Eletrocautério                                     | <input type="checkbox"/> 48 Fio/mandril (sutura/fixação/ guia)     |
| <input type="checkbox"/> 37 Serra elétrica                                     | <input type="checkbox"/> 49 Pinos (fixação, pino guia)             |
| <input type="checkbox"/> 38 Peça/farpa/estilhaço de ossos                      | <input type="checkbox"/> 50 Brocas                                 |
| <input type="checkbox"/> 39 Pinça do campo cirúrgico                           | <input type="checkbox"/> 51 Fórceps/hemostáticos/grampos           |
| <input type="checkbox"/> 40 Lâmina de corte de tecido (histologia)             | <input type="checkbox"/> 58 Objeto cortante, não sabe o tipo       |
| <input type="checkbox"/> 41 Trocar   | <input type="checkbox"/> 59 Outro objeto cortante: Descreva: _____ |

**Objeto de vidro**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 60 Ampola de medicação                 | <input type="checkbox"/> 65 Tubo de coleta de amostra (vidro)     |
| <input type="checkbox"/> 61 Vidro de medicação                  | <input type="checkbox"/> 66 Tubo capilar (hematócrito)            |
| <input type="checkbox"/> 62 Medication/IV bottle (large volume) | <input type="checkbox"/> 67 Lâmina de microscópio                 |
| <input type="checkbox"/> 63 Pipeta de vidro                     | <input type="checkbox"/> 78 Objeto de vidro, não sabe especificar |
| <input type="checkbox"/> 64 Tubo a vácuo (de vidro)             | <input type="checkbox"/> 79 Outro vidro: Descreva: _____          |

12a) Fabricante de produto: \_\_\_\_\_

12b) Modelo: \_\_\_\_\_

13) Se o instrumento causador do ferimento foi uma agulha, esta agulha possuía algum mecanismo de proteção?

- 1 Sim  
 2 Não  
 3 Desconhecido

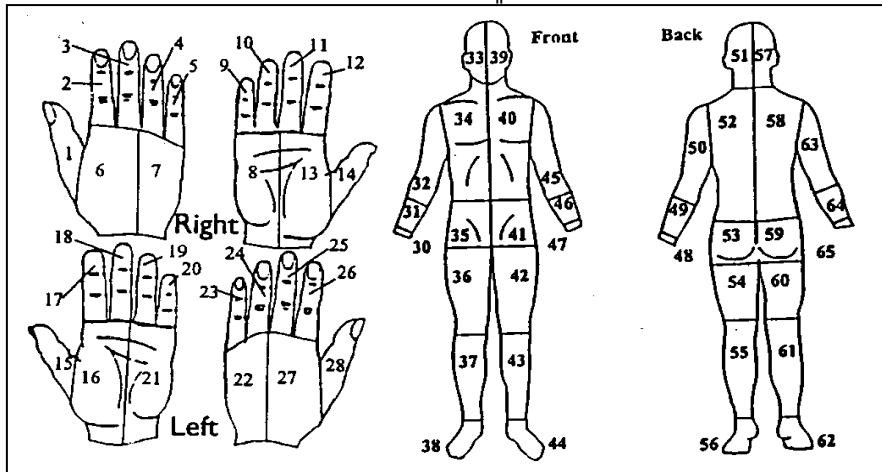
13a) O mecanismo de proteção foi ativado?

- 1 Sim, completamente  3 Não  
 2 Sim, parcialmente  4 Desconhecido

13b) O acidente ocorreu :

- 1 Antes da ativação  3 Depois da ativação  
 2 Durante a ativação  4 Desconhecido

14) Marque o local do ferimento: \_\_\_\_\_



15) O ferimento foi?

- 1 Superficial (pouco ou nenhum sangramento)  
 2 Moderado (pele perfurada, algum sangramento)  
 3 Severo (corte/ferimento profundo, grande sangramento)

16) Se o acidente foi na mão, o objeto cortante penetrou através de:

- 1 Par de luvas simples  2 Par de luvas duplo  3 Sem luvas

17) Mão dominante do funcionário:

- 1 Direita  2 Esquerda

18) 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