

Registro de Exposición a Sangre y Fluidos Corporales



Número de cédula: _____

Apellido y Nombre: _____

Email: _____ Teléfono _____ Teléfono _____

Accidente N°: (uso interno) **B** _____ 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.
Access 2010 Colombia 1-1d

9/2014

1. Fecha Accidente: 2. Hora del Accidente:

3. Dpto./Servicio donde labora el trabajador: _____

4. Quien contrata al trabajador: _____

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 Profesional | <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"/> 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 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 general (lavandería/suministros/mantenimiento...) |
| <input type="checkbox"/> 6 Policlínica/ consultorio externo | <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"/> 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? 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)

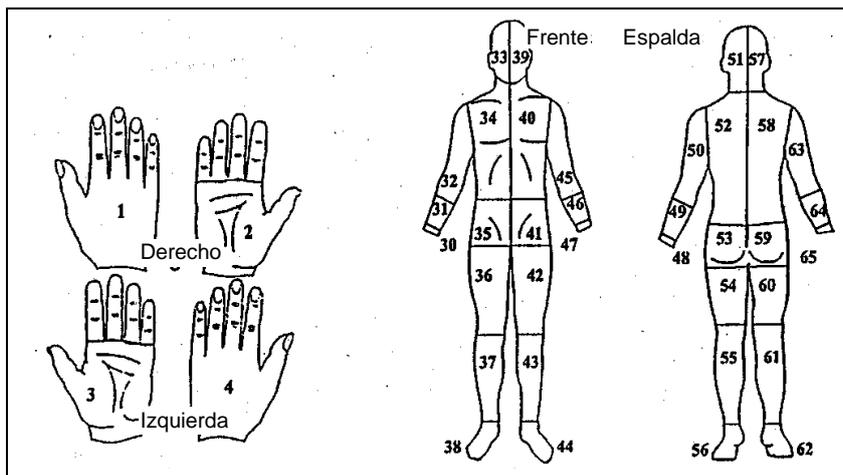
- 1 Menos de 5 minutos
- 2 5 -14 minutos
- 3 De 15 minutos a 1 hora
- 4 Más de 1 hora

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):

17a) Para el Trabajador de Salud Accidentado: Considera Ud. que Otras Medidas Administrativas u de Organización del trabajo ¿Hubieran Prevenido el Accidente?

- 1 Si
- 2 No
- 3 Desconocido

17b. Para el Trabajador de Salud Accidentado: Considera Ud. que Otras Medidas relacionadas con las Prácticas del Trabajo, ¿Hubieran Prevenido el Accidente?

- 1 Si
- 2 No
- 3 Desconocido

17c. Para el Trabajador de Salud Accidentado: Considera Ud. que Otras Medidas de Ingeniería ¿Hubieran Prevenido el Accidente?

- 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 accidentado tenía Administradora de Riesgos Profesionales (ARP) o fue atendido por su EPS?

- 1 ARP
- 2 EPS
- 3 Servicio médico Particular
- 4 No fue atendido
- 5 Desconocido

En caso afirmativo, ¿Cuántos días estuvo sin trabajar? _____
¿Cuántos días estuvo con actividad laboral restringida? _____

En los 10 días laborales después del accidente, ¿Fue necesario tratamiento médico o quirúrgico, o el trabajador falleció?

- 1 Si
- 2 No
- 3 Desconocido