

Seguimiento Post Exposición



Accidente N°: (uso interno) _____ Tipo de institución: (uso interno) _____

Fecha del accidente: __/__/____

Email: _____

Teléfono 1: _____ Teléfono 2: _____

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

8/2014

Paciente Fuente:

1) ¿El paciente fuente estaba identificado?

- fuente conocida y examinada fuente conocida y no examinada, razón: _____ fuente desconocida

2) ¿El Paciente fuente era positivo para los patógenos siguientes? (incluso si la prueba se realizó antes de ésta exposición)

Patógeno	Prueba (marcar)	Resultado (marque resultado)			Fecha de la prueba
Hepatitis B	HbsAg	1 positivo	2 negativo	3 no determinado	__/__/____
	HbeAg	1 positivo	2 negativo	3 no determinado	
	Anti HBs	1 positivo	2 negativo	3 no determinado	
	Anti HBc	1 positivo	2 negativo	3 no determinado	
Hepatitis C	Anti-HCV EIA	1 positivo	2 negativo	3 no determinado	__/__/____
	PCR-HCV	1 positivo	2 negativo	3 no determinado	
	RNA	1 positivo	2 negativo	3 no determinado	
VIH	Anti-VIH	1 positivo	2 negativo	3 no determinado	__/__/____
	#CD4 células	conteo _____		3 no determinado	
	Carga antígeno	RNA copias/ml _____		3 no determinado	
	Otro	1 positivo	2 negativo	3 no determinado	
Otro	_____			__/__/____	

3) Si el paciente fuente se cree pertenecía a un grupo de alto riesgo de transmisión de patógenos sanguíneos, marque todos los que correspondan:

- Receptor sangre o derivados Enzimas elevadas Sexual Diálisis
 Uso de drogas inyectables Hemofilia Otro, describir: _____

4) Si el paciente fuente era VIH positivo, ¿había sido tratado con alguno de los siguientes fármacos antes de la exposición?

- Desconocido 3TC IDV
 AZT ddC Otro anti-retroviral: _____

5) Comentarios adicionales del paciente fuente:

Trabajador Accidentado:

1) El trabajador accidentado fue asistido por: 1 Compañero de trabajo 2 Urgencias 3 Otro, describir: _____

2) ¿Estaba el trabajador accidentado vacunado contra VHB antes de la exposición? No Si, 1-Dosis 2-Dosis 3-Dosis

En caso afirmativo niveles de anticuerpos luego de las 3 dosis, si se determinaron: _____ Fecha: __/__/____

2a) ¿Estaba la trabajadora accidentada embarazada? 1 Si 2 No 3 No corresponde

En caso afirmativo, en qué trimestre? 1 Primero 2 Segundo 3 Tercero

3) Resultados de la serología basal:

Patógeno	Prueba (marcar)	Resultado (marque resultado)			Fecha de la prueba	Nº días siguiente prueba
Hepatitis B	HbsAg	1 positivo	2 negativo	3 no determinado	__/__/____	___
	HbeAg	1 positivo	2 negativo	3 no determinado		___
	Anti HBs	1 positivo	2 negativo	3 no determinado		___
	Anti HBc	1 positivo	2 negativo	3 no determinado		___
Hepatitis C	Anti-HCV EIA	1 positivo	2 negativo	3 no determinado	__/__/____	___
	PCR HCV	1 positivo	2 negativo	3 no determinado		___
	_____	1 positivo	2 negativo	3 no determinado		___
VIH	Anti-VIH	1 positivo	2 negativo	3 no determinado	__/__/____	___
Otro	_____				__/__/____	___
Otro	_____				__/__/____	___

4) Marcar todos los tratamientos de profilaxis post exposición administrados al trabajador y las dosis:

Tratamiento	Dosis	Fecha de la administración	Duración/Comentarios
IGHB	1. _____	__/__/____	_____
	2. _____	__/__/____	_____
Vacuna VHB	1. _____	__/__/____	_____
	2. _____	__/__/____	_____
	3. _____	__/__/____	_____
	Refuerzo: _____	__/__/____	_____
VIH antiretroviral especificar: _____	__/__/____	_____	
VIH antiretroviral especificar: _____	__/__/____	_____	
VIH antiretroviral especificar: _____	__/__/____	_____	
Otro, especificar: _____	__/__/____	_____	

5) Resultado de las pruebas de seguimiento: (Espacio previsto para la repetición de los resultados de las pruebas, si embargo, la determinación serológica protocolizada puede variar en diferentes instituciones.)

Patógeno	Prueba (marcar)	Resultado (marcar resultado)			Fecha de la prueba	Nº días siguiente prueba
Hepatitis B	1ª determinación					
	HbsAg	1 positivo	2 negativo	3 no determinado	__/__/____	___
	Anti HBs	1 positivo	2 negativo	3 no determinado		___
	Anti HBc	1 positivo	2 negativo	3 no determinado		___
	2ª determinación					
	HbsAg	1 positivo	2 negativo	3 no determinado	__/__/____	___
	Anti HBs	1 positivo	2 negativo	3 no determinado		___
	Anti HBc	1 positivo	2 negativo	3 no determinado		___
	3ª determinación					
	HbsAg	1 positivo	2 negativo	3 no determinado	__/__/____	___
	Anti HBs	1 positivo	2 negativo	3 no determinado		___
	Anti HBc	1 positivo	2 negativo	3 no determinado		___
Hepatitis C	Anti-HCV (test 1)	1 positivo	2 negativo	3 no determinado	__/__/____	___
	Anti-HCV (test 2)	1 positivo	2 negativo	3 no determinado		___
VIH	Anti-VIH (test 1)	1 positivo	2 negativo	3 no determinado	__/__/____	___
	Anti-VIH (test 2)	1 positivo	2 negativo	3 no determinado	__/__/____	___
	Anti-VIH (test 3)	1 positivo	2 negativo	3 no determinado	__/__/____	___
	Anti-VIH (test 4)	1 positivo	2 negativo	3 no determinado	__/__/____	___
Otro	_____	_____	_____	__/__/____	___	
Otro	_____	_____	_____	__/__/____	___	

6) Comentarios adicionales:

7) Seguimiento de la profilaxis

Los resultados serológicos:

Tiempo	Fecha	VIH	HBsAG	VHC
_____	__/__/____	_____	_____	_____
_____	__/__/____	_____	_____	_____
_____	__/__/____	_____	_____	_____

Seguimiento de vacunación contra el VHB: una dosis

- base de la vacunación → date __/__/____
- inyección después de 1 mes → date __/__/____
- inyección después de 2 meses → date __/__/____
- inyección después de 1 año → date __/__/____

Seguimiento de la profilaxis anti-VIH: (últimas cuatro semanas en total)

¿El cumplimiento de la profilaxis? 1 bien 2 pobres o ninguno 3 los entrenamientos continuarán

¿Hubo interrupciones? 1 si → AZT dejó de ___/___/____ a ___/___/____
3TC dejó de ___/___/____ a ___/___/____
Indinavir dejó de ___/___/____ a ___/___/____
 2 no

¿Hubo reducciones de la dosis? 1 si → AZT _____ mg de _____
3TC _____ mg de _____
Indinavir _____ mg de _____
 2 no

¿Hubo efectos de la toxicidad o de lado? 1 si → ¿Qué? _____
¿la gravedad de? _____
fecha en que comenzó: ___/___/____
fecha en que terminó: ___/___/____
 2 no

Las medidas adoptadas como consecuencia de los efectos secundarios:

- AZT → reducción de la dosis ___/___/____
- 3TC → reducción de la dosis ___/___/____
- Indinavir → reducción de la dosis ___/___/____

Fecha de la última toma:

- AZT → terminó ___/___/____
- 3TC → terminó ___/___/____
- Indinavir → terminó ___/___/____