

Notificação de Ferimentos por Objetos Cortantes



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

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 (<i>corredor/posto de enfermagem</i>) | <input type="checkbox"/> 10 Sala de exames (<i>raio-x, etc</i>) |
| <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 (<i>seringa</i>) | <input type="checkbox"/> 9 Obter amostra de secreção ou tecido |
| <input type="checkbox"/> 3 Heparina ou soro fisiológico para lavagem (<i>seringa</i>) | <input type="checkbox"/> 10 Punção digital/calcanhar (<i>amostra de sangue capilar</i>) |
| <input type="checkbox"/> 4 Outra Injeção (<i>ou aspiração</i>) no local de punção ou conexão venosa (<i>seringa</i>) | <input type="checkbox"/> 11 Suturar |
| <input type="checkbox"/> 5 Conectar equipo de soro venoso | <input type="checkbox"/> 12 Cortar (<i>cirurgia</i>) |
| <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 (<i>objeto escorregou or quebrou ao instalar</i>) | <input type="checkbox"/> 16 Objeto deixado no chão, mesa, cama ou outro local inadequado |
| <input type="checkbox"/> 2 Durante o uso do objeto limpando, | <input type="checkbox"/> 8 Após uso, antes do descarte (<i>em trânsito para o lixo, separando</i>) |
| <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 (<i>entre injeções adicionais, passando instrumentos, etc.</i>) | <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 (<i>separando, esterilizando, etc.</i>) | <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 (<i>conexão do equipo, etc.</i>) | <input type="checkbox"/> 14 Outro, descreva: _____ |

- 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

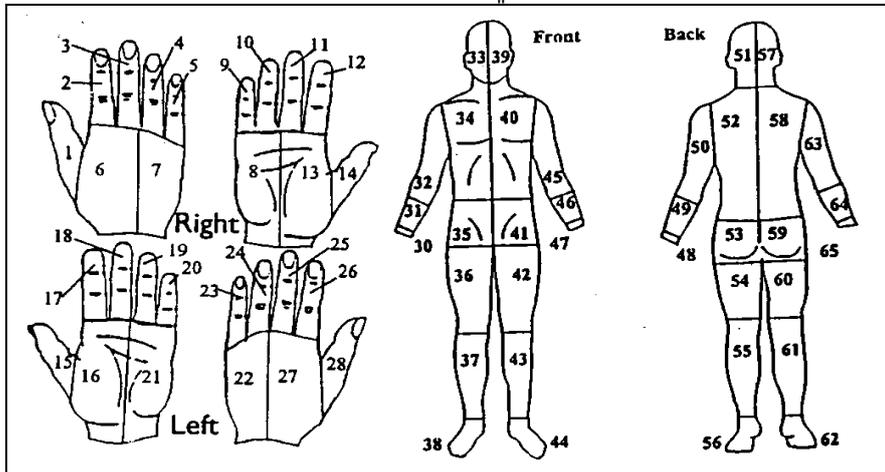
13a) O mecanismo de proteção foi ativado?

- 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