

Registro de Exposición a Sangre o Fluidos Corporal



Apellido: _____ Nombre: _____

Correo electrónico _____ Teléfono _____ Teléfono _____

Incidente N°: (uso interno) **B** _____ Institución: (uso interno) _____ Registrado por: _____

Fecha reporte del accidente:

1) Fecha accidente: 2) Hora del accidente:

3) Dpto./Servicio donde ocurrió: _____

4) Dpto./Servicio de origen del accidentado: _____

5) Cargo del trabajador accidentado: (marque solo una)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1 Médico; <i>seleccionar de la lista:</i> _____ | <input type="checkbox"/> 10 Tecnólogo laboratorio clínico |
| <input type="checkbox"/> 2 Médico residente; <i>seleccionar de la lista:</i> _____ | <input type="checkbox"/> 11 Otro tecnólogo (<i>no Laboratorio</i>) |
| <input type="checkbox"/> 3 Interno | <input type="checkbox"/> 12 Odontólogo |
| <input type="checkbox"/> 4 Enfermera; <i>seleccionar de la lista</i> | <input type="checkbox"/> 13 Higienista dental/Asistente dental |
| <input type="checkbox"/> 5 Estudiante enfermería | <input type="checkbox"/> 14 Personal limpieza |
| <input type="checkbox"/> 6 Terapeuta respiratorio | <input type="checkbox"/> 19 Trabajador lavadero |
| <input type="checkbox"/> 7 Asistente de quirófano
(<i>No médico/no enfermera</i>) | <input type="checkbox"/> 20 Portero/Seguridad |
| <input type="checkbox"/> 8 Otro asistente | <input type="checkbox"/> 16 Ambulancia/Paramédico |
| <input type="checkbox"/> 9 Transfusionista | <input type="checkbox"/> 17 Otro estudiante |
| | <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 (<i>hemodiálisis y diálisis peritoneal</i>) |
| <input type="checkbox"/> 2 Fuera de la habitación, sala (<i>pasillo, enfermería, etc.</i>) | <input type="checkbox"/> 10 Salas procedimientos diagnósticos (<i>radiología/ECG/EEG, etc</i>) |
| <input type="checkbox"/> 3 Departamento de emergencia | <input type="checkbox"/> 11 Laboratorio clínico |
| <input type="checkbox"/> 4 Cuidada intensivo/Terapia intensiva: especificar tipo: _____ | <input type="checkbox"/> 12 Anatomía patológica/Morgue |
| <input type="checkbox"/> 5 Quirófano/Recuperación | <input type="checkbox"/> 13 Servicios generales (<i>lavadero, mantenimiento, etc</i>) |
| <input type="checkbox"/> 6 Policlínica | <input type="checkbox"/> 16 Sala de partos |
| <input type="checkbox"/> 7 Banco de sangre | <input type="checkbox"/> 17 Hospital de día |
| <input type="checkbox"/> 8 Unidad de extracciones | <input type="checkbox"/> 14 Otro; describir: _____ |

7) ¿Estaba identificado el paciente fuente? (marque solo una)

- 1 Si 2 No 3 Desconocido 4 No aplicable

8) ¿A cuales 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"/> Líquido cefalo raquídeo | <input type="checkbox"/> Otro, describir: _____ |

¿Estaba el fluido corporal visiblemente contaminado con sangre? Si No 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) ¿Cuáles elementos de protección utilizaba en el momento de la exposición? (marque todos los que correspondan)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Un par de guantes latex/vinilo | <input type="checkbox"/> Máscara quirúrgica |
| <input type="checkbox"/> Dos pares de guantes latex/vinilo | <input type="checkbox"/> Túnica quirúrgica |
| <input type="checkbox"/> Gafas protectoras | <input type="checkbox"/> Túnica de plástico |
| <input type="checkbox"/> Lentes personales (<i>no para protección de salpicaduras</i>) | <input type="checkbox"/> Túnica no protectora |
| <input type="checkbox"/> Lentes con protección lateral | <input type="checkbox"/> Otra prenda no protectora |
| <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 Otro contenedor de fluidos corporales salpicando o goteando |
| <input type="checkbox"/> 2 Escurrió o salpicó de recipiente/contenedor | <input type="checkbox"/> 6 Tocó equipo o superficie contaminada |
| <input type="checkbox"/> 3 Ruptura del recipiente/contenedor | <input type="checkbox"/> 7 Tocó paños, sábanas o batas contaminadas |
| <input type="checkbox"/> 4 Ruptura de tubo IV, bolsa or bomba de infusión | <input type="checkbox"/> 8 Desconocido |
| <input type="checkbox"/> 10 Sonda/tubo de alimentación, ventilación u otro tipo de sondas/
tubos que estén goteando o salpicando: Especificar Tipo de sonda/tubo: _____ | <input type="checkbox"/> 9 Otro, describir: _____ |

Si hubo falla del equipo, especificar cual: Tipo de equipo: _____

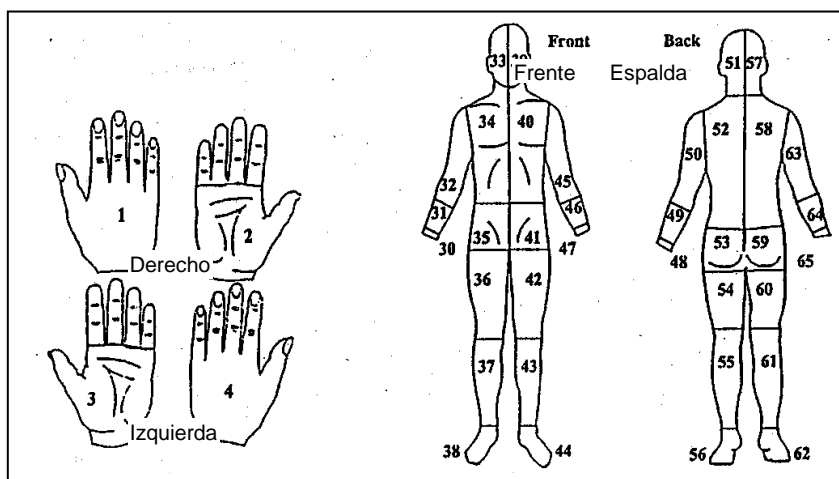
Fabricante: _____

- 13) ¿Durante cuanto 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.

Mayor superficie expuesta: _____ Superficie expuesta intermedia: _____ Menor superficie expuesta: _____



16) Describa las circunstancias que provocaron la exposición (especifique si hubo malfuncionamiento del equipo):

17) Para el trabajador sanitario accidentado: considera Ud. que otras medidas de diseño del dispositivo, administrativas, de organización o de prácticas del trabajo, ¿Hubieran prevenido el incidente? 1 Si 2 No 3 Desconocido

Describir: _____

Gastos: _____ De laboratorio (Hb, HCV, HIV, otros)
_____ Trabajador sanitario
_____ Fuente
_____ De tratamiento profiláctico (HBIG, Hb vacuna, tetanos, otros)
_____ Trabajador sanitario
_____ Fuente
_____ De atención médica (Emergencia, Cirugía, otros)
_____ Otros gastos (Seguro de Enfermedad, otros)
_____ TOTAL (redondear al número entero más cercano)

¿El accidentado causó algún tipo de incapacidad laboral? 1 Si 2 No 3 Desconocido
En caso afirmativo, ¿Cuántos días estuvo sin trabajar? _____
¿Cuántos días estuvo con actividad laboral restringida? _____

¿El incidente cumple con los criterios de informe de dispositivo médico de la COFEPRIS: Comisión Federal para la Protección de Riesgos Sanitarios? (El dispositivo causó alguna lesión seria que requirió tratamiento médico o quirúrgico o la muerte ocurrió dentro de los días siguientes al incidente). 1 Si 2 No 3 Desconocido

Véase la lista adjunta para las especialidades de los médicos y las enfermeras:

Médico:

- | | | |
|---------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|
| 1. Alergia e Inmunología | 16. Gastroenterología y Nutrición | 31. Oncología Médica |
| 2. Anatomía Patológica | 17. Genética Médica | 32. Oncología Quirúrgica |
| 3. Anestesiología | 18. Geriatría | 33. Ortopedia |
| 4. Angiología | 19. Ginecología y Obstetricia | 34. Otorrinolaringología |
| 5. Audiología y Foniatría | 20. Hematología | 35. Otorrinolaringología Pediátrica |
| 6. Cardiología | 21. Infectología | 36. Patología clínica |
| 7. Cirugía Cardiorácica | 22. Investigadores | 37. Pediatría |
| 8. Cirugía General | 23. Médico general | 38. Psiquiatría |
| 9. Cirugía Pediátrica | 24. Nefrología | 39. Radio Oncología |
| 10. Cirugía Plástica y Reconstructiva | 25. Neonatología | 40. Radiología e Imagen |
| 11. Coloproctología | 26. Neumología | 41. Reumatología |
| 12. Dermatología | 27. Neurocirugía | 42. Urgencias Médico Quirúrgicas |
| 13. Endocrinología | 28. Neurocirugía Pediátrica | 43. Urología |
| 14. Epidemiología | 29. Neurología | |
| 15. Familiar | 30. Oftalmología | |

Enfermera

1. Auxiliar
2. Consultante
3. Cuidados intensivos
4. Especialista
5. General
6. Interinos/Suplencias
7. Jefe de piso
8. Licenciada
9. Pediatría
10. Personal temporal
11. Quirúrgica
12. Traslado de pacientes