

PROCEDIMENTO EM ACIDENTE COM MATERIAL BIOLÓGICO

PROCEDIMENTO DAS MEDIDAS A SEREM TOMADAS LOGO APÓS O ACIDENTE BIOLÓGICO E OS CUIDADOS COM O ACIDENTADO:

PRIMEIRA ATITUDE: LAVAGEM EXAUSTIVA DO LOCAL EXPOSTO COM ÁGUA E SABÃO (OU SOLUÇÕES ANTISSÉPTICAS DEGERMANTES) NAS EXPOSIÇÕES PERCUTÂNEAS OU CUTÂNEAS.

NOS CASOS DE EXPOSIÇÕES DE MUCOSAS, LAVAR COM ÁGUA OU SOLUÇÃO SALINA FISIOLÓGICA

1. Colher os exames do Paciente Fonte, mediante autorização no “**Termo de Consentimento de Coletas de Exames**” e do Servidor Acidentado (págs. 2 - 5), na unidade de saúde pública de sua preferência;
2. Encaminhar o servidor acidentado ao atendimento médico com os resultados dos exames iniciais para a primeira consulta médica. Solicitar ao Paciente Fonte a autorização para o acesso e porte dos exames no “**Termo de Autorização de Acesso aos Exames**”. Para servidores lotados no Hospital de Clínicas, solicite o encaminhamento interno do prontuário do paciente fonte ao Pronto – Socorro.
3. Solicitar ao Médico a emissão de Laudo contendo as seguintes informações: Parte(s) do corpo atingida(s) - Se houve internação ou não - Duração provável do tratamento - Tempo de afastamento, se houver – Diagnóstico provável - Código do CID-10 - Descrição da lesão - Data e hora - Assinado e identificado com nome e CRM (Carimbo);
4. Após o cumprimento das 3 etapas iniciais, o Servidor deverá realizar a abertura da Comunicação do Acidente de Trabalho do Servidor Público – CATSP, seguindo as orientações do “Fluxo de abertura da CATSP”;
 - 4.1. Confirmando-se onexo causal do evento do acidente na Perícia Médica, o processo será encaminhado à Divisão de Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho – DESMT/DIRQS/PROGEP para análise e verificação da necessidade do Acompanhamento Sorológico;
 - 4.1.1. Caso haja necessidade de acompanhamento sorológico, o servidor será convocado pelo DESMT via contato telefônico e/ou e-mail, para início dos procedimentos.



TERMO DE CONSENTIMENTO DE COLETA DE EXAMES
(Emitir 2 vias – Via Paciente/Via Servidor)

Informamos que durante o seu atendimento neste Hospital, um servidor da UFU foi vítima de um acidente e teve contato com seu sangue ou secreção.

Com o objetivo de evitar tratamentos desnecessários e prevenir situações de risco, estamos solicitando, autorização para que sejam realizados alguns exames, para pesquisa de AIDS, Hepatites B e C, Sífilis e Chagas.

Todas as informações servirão unicamente para orientar a condução do tratamento do servidor UFU acidentado.

Eu, _____ Concordo que seja coletado cerca de 8 ml de sangue para realização destes exames.

_____, _____ de _____ de _____
(Cidade)

Assinatura do Paciente ou Responsável



TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE ACESSO AOS EXAMES
(Emitir 2 vias – Via Paciente/Via Servidor)

Considerando a possível necessidade de tratamento e Acompanhamento Sorológico do Servidor _____ CPF: _____ vítima de acidente de trabalho que teve contato com seu sangue ou secreção, se faz necessário o encaminhamento dos resultados de seus exames constantes no “TERMO DE CONSENTIMENTO DE COLETA DE EXAMES” para orientação medica na condução do tratamento e acompanhamento do servidor UFU acidentado.

Desta forma, eu, _____, CPF: _____, **autorizo exclusivamente ao servidor acidentado** retirar uma cópia dos resultados dos exames relacionados (AIDS, Hepatites B e C, Sífilis e Chagas) para a finalidade exclusiva de análise no atendimento médico inicial e de acompanhamento sorológico, devendo ser respeitado a Lei Geral de Proteção de Dados.

_____, _____ de _____ de _____
(Cidade)

Assinatura do Paciente ou Responsável

Assinatura do Servidor Acidentado

PACIENTE FONTE

Nome: _____ Sexo: _____

Data Nasc: ____/____/____ Número do Prontuário _____

Pedidos de exames de paciente fonte envolvido em acidente de trabalho, onde houve exposição do trabalhador acidentado a material biológico.

PEDIDO DE EXAMES – Paciente Fonte	
(X) Anti-HIV Teste Rápido	() Outro _____
(X) HBs-Ag	() Outro _____
(X) Anti-HCV	() Outro _____
(X) VDRL	() Outro _____
(X) Sorologia para Chagas	() Outro _____
____ / ____ / ____	
_____ Médico – CRM	



SERVIDOR ACIDENTADO

Nome: _____ Sexo: _____

Data Nasc: ____/____/____ Número do Prontuário _____

Pedidos de exames do Servidor exposto a material biológico, devido acidente de trabalho:

PEDIDO DE EXAMES – Servidor Acidentado	
<input checked="" type="checkbox"/> Anti-HIV Teste Rápido	<input type="checkbox"/> Anti-HBs
<input checked="" type="checkbox"/> HBs-Ag	<input type="checkbox"/> Anti-HBc total
<input checked="" type="checkbox"/> Anti-HCV	<input type="checkbox"/> Outro _____
<input checked="" type="checkbox"/> VDRL	<input type="checkbox"/> Outro _____
<input checked="" type="checkbox"/> Sorologia para Chagas	<input type="checkbox"/> Outro _____
____ / ____ / ____	
_____ Médico – CRM	