



1 - IDENTIFICAÇÃO DO ACIDENTADO

NOME			LOTAÇÃO
UNIDADE DE SAÚDE	FUNÇÃO / CARGO	TEMPO DE SERVIÇO NA UNIDADE	TELEFONE DA UNIDADE

2 - INFORMAÇÕES SOBRE O PACIENTE FONTE

O PACIENTE FONTE É IDENTIFICÁVEL? SIM NÃO

HIV IGNORADO HIV POSITIVO HIV NEGATIVO
 HbsAg IGNORADO HbsAg POSITIVO HbsAg NEGATIVO
 HCV IGNORADO HCV POSITIVO HCV NEGATIVO

MOTIVO DE PROCURA DA UNIDADE

3 - INFORMAÇÕES DO ACIDENTADO

SE A MULHER, ESTA GRÁVIDA? SIM NÃO DATA PROVÁVEL DO PARTO _____

HISTÓRIA VACINAL HEPATITE B
 1 DOSE 2 DOSES 3 DOSES NÃO RELATADO NENHUMA DOSE

DATA DA ÚLTIMA DOSE _____ JÁ TEVE HEPATITE B? SIM NÃO

STATUS SOROLÓGICO PRÉVIO

HIV	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> S/CONFIRMAÇÃO	<input type="checkbox"/> IGNORADO
HB Hbs Ag	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> IGNORADO
ANTI HBC	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> IGNORADO
ANTI HBs	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> IGNORADO
ANTI HCV	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> IGNORADO

JÁ TEVE ACIDENTE DE TRABALHO COMO ESTE? SIM NÃO USO DE QUIMIOPROFILAXIA? SIM NÃO

4 - INFORMAÇÕES SOBRE A EXPOSIÇÃO

DATA EXPOSIÇÃO _____ HORA _____

MATERIAL BIOLÓGICO ENVOLVIDO
 SANGUE SORO URINA FEZES DESCONHECIDO OUTRO _____

TIPO DE EXPOSIÇÃO
 PERCUTÂNEA CONTATO EM MUCOSA CONTATO COM A PELE ÍNTEGRA CONTATO COM A PELE NÃO ÍNTEGRA
 OUTRO _____

ÁREA CORPORAL ATINGIDA
 CABEÇA PESCOÇO TRONCO MEMBRO SUPERIOR MÃO
 DETALHAR _____

PARA EXPOSIÇÃO PERCUTÂNEA: ÍTEM ENVOLVIDO NA EXPOSIÇÃO
 AGULHA LÂMINA TUBO ESTILETE ESCALPE BISTURI DESCONHECIDO
 OUTRO _____

UTILIZA CORRETAMENTE O EPI PRESCRITO?
 SIM NÃO DETALHAR: _____

DESCRIÇÃO DO ACIDENTE

CONDUTA IMEDIATA NO LOCAL DO ACIDENTE?
 LAVAGEM COM ÁGUA ABUNDANTE E SABÃO SIM NÃO
 LAVAGEM COM ÁGUA OU SOLUÇÃO FISIOLÓGICA EM ABUNDÂNCIA SIM NÃO
 OUTRAS _____

QUIMIOPROFILAXIA PARA HIV / AIDS
 NÃO INDICADA E NÃO OFERECIDA INDICADA, OFERECIDA E ACEITA INICIADA _____ ÀS _____ HORAS
 INDICADA, OFERECIDA E NÃO ACEITA

DROGAS	DOSE	DATA INICIAL	DATA FINAL
<input type="checkbox"/> RETROVIR / ZIDOVUDINA 100 MG	2 CP 3X/DIA		
<input type="checkbox"/> CRIXICAN / INDINAVIR 400 MG	2 CP 3X/DIA		
<input type="checkbox"/> EPIVIR / LAMIVUDINE 150 MG	1 CP 2X/DIA		

USO

REGULAR IRREGULAR ABANDONO (MOTIVO) _____

INTOLERÂNCIA EFEITOS ADVERSOS SUSPENSA ÀS _____ : _____ HS DO DIA _____

PROFILAXIA PARA HEPATITE B (IMUNOGLOBULINA):

- NÃO INDICADA E NÃO OFERECIDA
 INDICADA, OFERECIDA E ACEITA
 INDICADA, OFERECIDA E NÃO ACEITA

DETALHAR _____

ASSINATURA/CARIMBO RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO:

RESULTADOS DE SOROLOGIA DO TRABALHADOR PARA HIV E HEPATITE B

DATA DO ACIDENTE ____ ____	6 SEMANAS ____	12 SEMANAS ____	6 MESES ____
HIV	HIV	HIV	HIV
HB Hbs Ag	HB Hbs Ag	HB Hbs Ag	HB Hbs Ag
ANTI Hbc igM	ANTI Hbc igM	ANTI Hbc igM	ANTI Hbc igM
ANTI Hbs	ANTI Hbs	ANTI Hbs	ANTI Hbs
ANTI HCV	ANTI HCV	ANTI HCV	ANTI HCV

5 - OBSERVAÇÃO

Area for observations and notes.

ASSINATURA / CARIMBO DO MÉDICO

DATA

ASSINATURA DO SERVIDOR

DATA