

**ANEXO IV - REGISTRO DE ACIDENTE OCUPACIONAL COM RISCO BIOLÓGICO,
QUÍMICO OU TRAUMÁTICO**

**COMISSÃO INTERNA DE BIOSSEGURANÇA - CIBIO
REGISTRO DE ACIDENTE OCUPACIONAL COM RISCO BIOLÓGICO, QUÍMICO OU
TRAUMÁTICO**

No. de protocolo UNOESC _____ Data: ___/___/___

No. de registro do documento na CIBio _____ Data: ___/___/___

Informações Gerais

Nome

Código / MatrículaTelefone ResidencialTelefone Celular

Data e hora do acidente ocupacional / / às horas

Data e hora da abertura do registro / / às horas

Local do acidente ocupacional:

Professor ou funcionário no local Matrícula:.....

Testemunha 1 (SE HOUVER) CPF:.....

Testemunha 2 (SE HOUVER) CPF:.....

TIPO DE ACIDENTE

- Envolve material ou procedimento com Fluido ou Sangue Humano
- Envolve perfuro cortante não contaminado
- Envolve agentes químicos
- Envolve agentes biológico com risco \geq II
- Envolve traumas ou queimadura (não provocada por agente químico)

DESCRIÇÃO DO ACIDENTE

DESCRIÇÃO DOS PRIMEIROS SOCORROS

PERGUNTAS PARA MELHOR ENTENDIMENTO DO ACIDENTE

- 1 O acidente ocorreu perto da horário de término do expediente? Não Sim
- 2 Estava com pressa? Não Sim
- 3 Qual a via de entrada do material biológico / químico?
 - Perfuração/corte/laceração de pele/mucosa íntegra
 - Com refluxo de sangue
 - Sem refluxo de sangue
 - Através de lesões já existentes na pele
 - Oral (ingestão)
 - Inalação
 - Mucosa ocular

4 O material manipulado estava contaminado com material biológico?
() Não () Sim () Não, porém permitiu a entrada do material biológico

5 Qual(is) a(s) parte(s) do corpo atingida(s)?

- () Olhos () Boca () Nariz
() Braço direito () Braço esquerdo
() Mão direita () Mão esquerda
() Perna direita () Perna esquerda
() Pé direito () Pé esquerdo
() Cabeça () Tronco

6 Em caso de acidente com agulha, durante o acidente estava procedendo?

- () Aplicação de medicamento / anestésico
() Realizando punção sanguínea
() Manuseando lixo
() Colocando a proteção plástica na agulha

7 Teve instrução de segurança no manuseio de agulhas? () Não () Sim

8 Está com quais esquemas vacinais em dia?

- () anti-Hepatite B
() antitetânica
() antirrábica

9 Estava usando EPIs? () Não () Sim

Quais: _____

10 Foi orientando quanto ao uso das EPIs para o devido procedimento? () Não () Sim

Por quem: _____

11 Já teve algum acidente ocupacional nesta instituição? () Não () Sim

Há quanto tempo: _____

Quantas vezes: _____

Declaração do Acidentado

Eu _____, com CPF _____, certifico que todas as informações são verdadeiras, estando ciente das ações penais a que estou sujeito caso haja informações falsas no presente instrumento.

Ass.: _____

Testemunhas (nome legível)

Prof/Funcionário Responsável
CPF:

Testemunha 1
CPF:

Testemunha 2
CPF:

DESCRIÇÃO DAS PROVIDÊNCIAS TOMADAS DE ACORDO COM O FLUXOGRAMA NA DA PORTARIA -----

Campos 1-5: preenchimento exclusivo do coordenador de curso ou de laboratório

Campos 6-12: preenchimento exclusivo da CIBio

| | Procedimento | Ok | Data | Assinatura |
|---|----------------------------------|-----|-------------|------------|
| 1 | Primeiros Socorros no local | () | ___/___/___ | _____ |
| 2 | Encaminhamento para coordenação | () | ___/___/___ | _____ |
| 3 | Abertura do registro de acidente | () | ___/___/___ | _____ |
| 4 | Chamada do SAMU | () | ___/___/___ | _____ |
| 5 | Encaminhamento para o hospital | () | ___/___/___ | _____ |

- 6 Iniciado esquema de tratamento antirretroviral ou esquema vacinal anti-hepatite B
 ___/___/___
- 7 Início da análise e investigação do acidente pela CIBio ___/___/___
- 8 Término da análise e investigação do acidente pela CIBio ___/___/___
- 9 Encaminhamento à CIPA, em caso de funcionário da instituição ___/___/___
- 10 Acidentado encaminhado ao atendimento psicológico ___/___/___
- 11 Término do tratamento ou esquema vacinal corretamente ___/___/___
- 12 Encerramento do registro de acidente ___/___/___

ATENDIMENTO HOSPITALAR AO ACIDENTADO

Hospital: _____ Data: ___/___/___ Hora: ___:___

Médico: _____

Descrição resumida do atendimento _____

Foi administrada alguma medicação? Não Sim Qual: _____

Foi prescrito algum medicamento? Não Sim Qual: _____

IDENTIFICAÇÃO E CONDUTAS COM PACIENTE - Fonte (em caso de acidente envolvendo sangue ou fluido humano)

Nome:

Endereço:

Tel. Residencial: Tel. Comercial: Tel. Celular:

Sexo: Masc

Fem Idade:

Paciente conduzido ao Hospital? Sim Não

Paciente foi localizado (em caso de amostra de sangue/fluido armazenado)? Sim Não

Paciente aceito e assinou termo de autorização de coleta de material para exames sorológicos? Sim Não

Exames realizados com a amostra do paciente

Teste Rápido HIV Data: ___/___/___

HCV Data: ___/___/___

HbsAg Data: ___/___/___

HbsAc Data: ___/___/___

Resultados dos primeiros exames do paciente

Teste Rápido HIV Positivo Negativo

HCV Positivo Negativo

HbsAg Positivo Negativo

HbsAc Positivo Negativo

EXAMES REALIZADOS PARA O ACIDENTADO

Exames realizados com a amostra do paciente Teste Rápido HIV

HCV Data: ___/___/___

HbsAg Data: ___/___/___

HbsAc Data: ___/___/___

Primeiro resultado: Data: ___/___/___

Teste Rápido HIV Positivo Negativo

HCV Positivo Negativo

HbsAg Positivo Negativo

HbsAc Positivo Negativo

