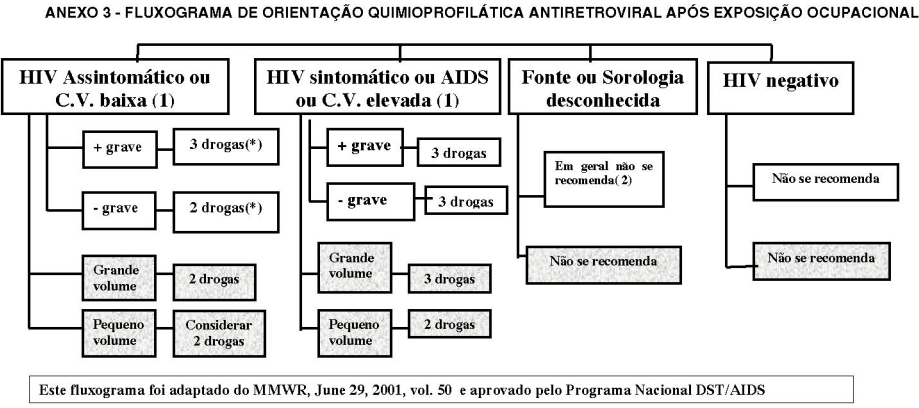


 PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE		FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE ACIDENTES BIOLÓGICOS COM PROFISSIONAIS DE SAÚDE	
Número de Ordem	Data da notificação: / /	Serviço notificador	DIR
Instituição onde Ocorreu o Acidente:		Data do Acidente: / /200....	Horário do Acidente: : :
Razão social do empregador		CPNJ do empregador 	
Nome do Município onde ocorreu o Acidente:		Código do Município 	DIR
1-IDENTIFICAÇÃO:			
Nome do Funcionário:		Sexo 1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado	
Data Nascimento : / /	Cargo ou Função : Idade : /	Reg. Funcional 	Tempo na Função
Endereço do Funcionário (rua, avenida, n.º, apto)		CEP 	Telefone p/contato
Bairro (Distrito administrativo)	Distrito (Distrito de Saúde)	Município de residência	DIR
Setor onde ocorreu o Acidente:			
2 - TIPO DE EXPOSIÇÃO: (marque com "X" na casela)			
PERCUTÂNEA MUCOSA OCULAR PELE NÃO INTEGRAL OUTRO: MUCOSA ORAL PELE INTEGRAL IGNORADO QUAL? _____			
3 - MATERIAL ORGÂNICO (marque com "X" na casela)			
SANGUE LÍQ. PLEURAL LÍQ. AMNIÓTICO SORO/PLASMA IGNORADO LÍQUOR LÍQ. ASCÍTICO OUTRO: QUAL? _____			
4 - CIRCUNSTÂNCIA DO ACIDENTE (marque com "X" na casela)			
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO EV IM SC DESCARTE INADEQUADO COM MAT. PERF. CORTANTE : EM SACO DE LIXO EM BANCADA, CAMA, CHÃO, ETC PUNÇÃO VENOSA/ ARTERIAL : PARA COLETA DE SANGUE NÃO ESPECIFICADA PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PROCEDIMENTO ODONTOLÓGICO REENCAPE DE AGULHA OUTRO: QUAL? _____			
5 - AGENTE (marque com "X" na casela)			
AGULHA COM LUZ INTRACATH VIDROS LÂMINAS/LANCETA (qualquer tipo) AGULHA SEM LUZ IGNORADO OUTRO: QUAL? _____			
6 - USO DE EPI			
1- SIM 2- NÃO 9- IGNORADO LUVAS MÁSCARA PROTEÇÃO FACIAL AVENTAL BOTA ÓCULOS			
7 - INFORMAÇÕES DO PACIENTE FONTE (no momento do acidente)			
Paciente Fonte conhecido SIM NÃO 1 - Positivo 2 - Negativo 3- Inconclusivo 4 - Em andamento 7- Desconhecido 8 - Não Realizado 9 - Ignorado Anti- HIV HbsAg Anti- HBs Anti- HCV CD4 Data / / CARGA VIRAL Data / /			
8- SOLICITAÇÃO E RESULTADOS DE EXAMES DO FUNCIONÁRIO (no momento do acidente - Data ZERO)			
1 - Positivo 2 - Negativo 3- Inconclusivo 4 - em andamento 8 - Não Realizado 9 - Ignorado Anti- HIV data da coleta / / Anti- HBs data da coleta / / HbsAg data da coleta / / Anti- HCV data da coleta / /			

9 - SITUAÇÃO VACINAL DO ACIDENTADO EM RELAÇÃO A HEPATITE B (antes do atual acidente)			
Vacinado (03 doses) Realizou Anti-HBs posterior a vacina? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado			
10 - CONDUTA NO MOMENTO DO ACIDENTE DO FUNCIONÁRIO			
1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado DATA DO INÍCIO ESQUEMA ANTI-RETROVIRAIS (ARV) / / HORÁRIO : : : GAMALOBULINA HIPERIMUNE B (HBIG) VACINA CONTRA HEPATITE B AZT + 3TC AZT+3TC + INFINAVIR AZT + 3TC + Nelfinavir Outro : _____ QUIMIOPROFILAXIA DESNECESSÁRIA RECUSOU QUIMIOPROFILAXIA			
11 - ACOMPANHAMENTO SOROLÓGICO DO FUNCIONÁRIO ACIDENTEADO			
1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Inconclusivo 4 - Em andamento 8 - Não realizado 9 - Ignorado Data da sorologia para o HIV 6 SEMANAS / / Data da sorologia para o HIV 6 MESES / / Data da sorologia para o HIV 3 MESES / / Data da sorologia para o HBV 6 MESES / / Data da sorologia para o HIV 3 MESES / / Data da sorologia para o HCV 6 MESES / /			
12 - ADERÊNCIA AO ESQUEMA ANTI-RETROVIRAL DO FUNCIONÁRIO (ARV)			
TEMPO DE USO DOS ANTI-RETROVIRAIS dias n.º de dias Ignorado.			
13 - EVOLUÇÃO DO CASO			
Alta com conversão sorológica : 1- Sim 2 - Não 9 - Ignorado Alta sem conversão sorológica : Qual Agente? _____ Alta paciente fonte negativo: Em Seguimento : Transferência: Abandono: Data da Saída : / / Convocação: Óbito: Nome do profissional que notificou: Telefone p/contato:			

OBSERVAÇÕES: _____

Instruções para Preenchimento:
ATENÇÃO: As instruções sobre a codificação de cada campo deverá ser rigorosamente seguida.
Número de Ordem: deixar em branco o programa preenche automaticamente.
Horário do acidente: considerar hora de 01:00 a 24:00 h (04 dígitos).
CNPJ - Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica
1-Identificação: preencher as caselas com os dados de identificação do profissional acidentado.
2-Tipo de Exposição: assinalar com "X" a(s) casela(s) correspondente(s) ao(s) tipos de exposição (01 ou mais) Ex.: Mucosa Oral e Ocular.
3-Material Orgânico: assinalar com "X" a(s) casela(s) correspondente(s) ao Material Orgânico (01 ou mais) envolvido(s) no acidente Ex.: sangue. Caso seja outro material, assinalar a opção "outro" e especifique Ex.: Escarro.
4-Circunstância do Acidente: assinalar com "X" na casela correspondente e no item Administração de Medicação, especificar se EV, IM ou SC.
5-Agente: assinalar com "X" a(s) casela(s) correspondente(s) (01 ou mais). Obs.: Agulha com luz = Oca Ex.: Agulha de punção; Agulha sem luz = maciça Ex.: Agulha Cirúrgica.
6-Usos de EPI (Equipamento de Proteção Individual): preencher com os respectivos códigos no(s) EPI(s). (01 ou mais)
7-Informações do paciente fonte: assinalar com "X" se paciente fonte conhecido Sim ou Não. Se NÃO ir para o item 8 (deixar em branco as caselas do item 7). Se SIM, preencher todas as lacunas do item 7 com os respectivos códigos e data do último CD4 e Carga Viral (se paciente fonte HIV+)
8-Resultados dos exames do funcionários (Data ZERO): preencher os resultados e as datas dos exames.
9-Situação Vacinal: nesta casela interessa saber se o funcionário acidentado recebeu vacinação completa contra Hepatite B (03 doses) comprovadamente e se foi realizado Anti-HBs após a vacinação do mesmo.
10-Condução no momento do Acidente do Funcionário: assinalar na(s) casela(s) as medidas realizadas após o acidente e no horário do início dos anti-retrovirais, considerar hora de 01:00 a 24:00 h (04 dígitos).
11-Acompanhamento Sorológico do Funcionário: os resultados das sorologias devem ser anotadas nas seguintes datas : 06 semanas após a 1ª coleta; 03 meses após a 1ª coleta; 06 meses após a 1ª coleta para HIV. Não esquecer coleta no 6º mês para HBV e HCV (janela imunológica de 06 meses)
12-Tempo de uso dos anti-retrovirais: anotar em dias o tempo em que o funcionário acidentado fez uso da quimioprofilaxia (anti-retrovirais) ou marcar com "X" se o tempo de uso dos anti-retrovirais é Ignorado.
13- Evolução do caso: Assinalar o tipo de alta do funcionário e a data da saída (Alta Definitiva do Ambulatório de Acidentes). Escrever o nome do profissional que notificou o acidente(escrever o nome legível) e o telefone para contato caso seja necessário esclarecimentos em relação ao acidente.



+ grave: agulha de grosso calibre e grande lúmen, lesão profunda, sangue visível no objeto contaminante ou agulha usada recentemente em artéria ou veia do paciente-fonte.
- grave: lesão superficial , agulha sem lúmen.
pequeno volume: poucas gotas de material biológico de risco.
grande volume: contato prolongado ou grande quantidade de material biológico de risco.

- ☐ Exposição percutânea
- ☐ Exposição de membrana mucosa e pele não intacta.

A recomendação de drogas anti-retrovirais baseia-se no regime de 1ª escolha para Zidovudina (AZT) com Lamivudina (3TC) e considera o uso da combinação Didanosina (DDI) com Estavudina (D4T) ou Estavudina (D4T) com Lamivudina (3TC). Os inibidores de protease eleitos primordialmente foram Nelfinavir (NFV), Indinavir (IDV) ou Indinavir (IDV) com Ritonavir (RTV), e considera-se o Abacavir (ABC), Lopinavir+Ritonavir e o Efavirenz (EFV) em situações especiais.

1. O presente documento é de propriedade da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) e não pode ser reproduzido sem a autorização expressa da FAPESP.