

Registro de Exposición a Sangre o Fluidos Corporales

EPINet™

FOR MICROSOFT® ACCESS
EXPOSURE PREVENTION ►
INFORMATION NETWORK ►

EPINet is a trademark of the University of Virginia.
Windows is a registered trademark of
Microsoft Corporation in the United States and/or other countries.
Operates in Windows 95 and Windows 98 Environments.
© 2000 Becton, Dickinson and Company.
V1.3c Chile 7/2004

Apellido: _____ Nombre: _____

Accidente N°: (uso interno) **B** _____ Tipo Institución: (uso interno) _____

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; especificar especialidad _____ | <input type="checkbox"/> 10 Tecnólogo Laboratorio Clínico |
| <input type="checkbox"/> 2 Médico Residente; especificar especialidad _____ | <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: aclarar ► <input type="checkbox"/> 1 Licenciada | <input type="checkbox"/> 13 Higienista Dental/Asistente Dental |
| <input type="checkbox"/> 5 Estudiante Enfermería <input type="checkbox"/> 2 Auxiliar | <input type="checkbox"/> 14 Personal Servicio/Limpieza, Tisanería |
| <input type="checkbox"/> 18 HCA/NA <input type="checkbox"/> 3 Especializada | <input type="checkbox"/> 19 Trabajador Lavadero |
| <input type="checkbox"/> 6 Fisioterapeuta <input type="checkbox"/> 4 Consultante | <input type="checkbox"/> 20 Portero/Seguridad |
| <input type="checkbox"/> 7 ODA/ODP <input type="checkbox"/> 5 Partera | <input type="checkbox"/> 16 Ambulancia/Paramédico |
| <input type="checkbox"/> 8 Otro Asistente <input type="checkbox"/> 6 Agencia (<i>personal temporario</i>) | <input type="checkbox"/> 17 Otro Estudiante |
| <input type="checkbox"/> 9 Transfusionista | <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 CTI/UCE: 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 Otros; 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"/> LCR | <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 Tráves de la Ropa de Protección |
| <input type="checkbox"/> Tocó Piel a Tráves de una Zona Descubierta de Ropa de Protección | <input type="checkbox"/> Pasó a Tráves 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 (<i>no protectores</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 Salpicó/Escurió Otro Recipiente Con Fluido Corporal |
| <input type="checkbox"/> 2 Escurió o Salpicó de Recipiente Contenedor | <input type="checkbox"/> 6 Tocó Equipo o Superficie Contaminada |
| <input type="checkbox"/> 3 Rotura del Recipiente Contenedor | <input type="checkbox"/> 7 Tocó Campos/Sábanas/Túnicas Contaminadas, etc. |
| <input type="checkbox"/> 4 Escurió/Rotura, Tubuladura IV/Bomba Infusión | <input type="checkbox"/> 8 Desconocido |
| <input type="checkbox"/> 10 Cebando/Separando/Salpicó/Escurió Otra Tubuladura
Especificar Tubuladura: _____ | <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)

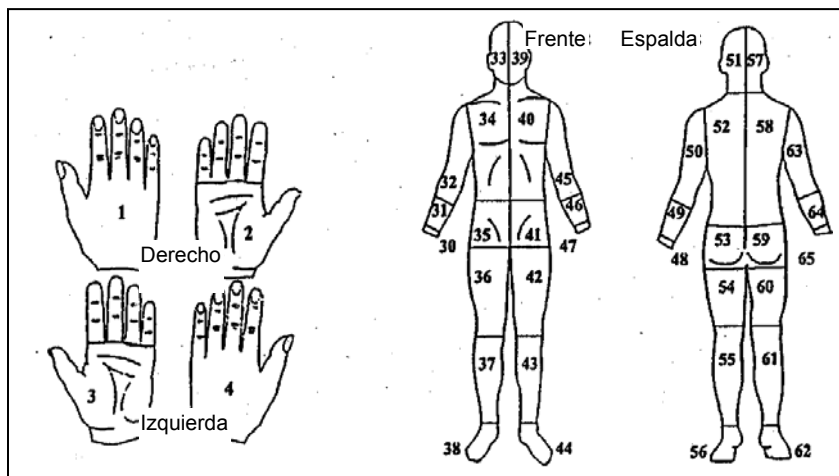
- 1 Menos de 5 Minutos
- 2 5 -14 Minutos
- 3 De 15 Minutos a 1 Hora
- 4 Más de 1 Hora

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 Motivaron la Exposición (especifique si hubo malfuncionamiento del equipo):

17) Para el Trabajador Sanitario Accidentado: Considera Ud. que Otras Medidas de Ingeniería, Administrativas, de Organización o de Prácticas del Trabajo, ¿Hubieran Prevenido el Accidente? 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 Debió Ampararse en el Seguro de Enfermedad? 1 Si 2 No 3 Desconocido
En Caso Afirmativo, ¿Cuántos días Estuvo Sin Trabajar? _____
¿Cuántos días Estuvo Con Actividad Laboral Restringida? _____

¿Fue Necesario Tratamiento Médico o Quirúrgico, o la Muerte Ocurrió 10 Días Laborables Despues? 1 Si 2 No 3 Desconocido