

Registro de Exposición a Punción o Corte

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 Uruguay

5/2004

Apellido: _____ Nombre: _____

Accidente N°: (uso interno) **S** _____ Tipo Institución: (uso inetno) _____ Registrado por: _____

1) Fecha Accidente: 2) Hora 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 \implies <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 (radiología/ECG/EEG, etc) |
| <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) El Accidentado, ¿Era el usuario Original del Objeto Punzante/Cortante? (marque solo una)

- 1 Si 2 No 3 Desconocido 4 No Aplicable

9) El Objeto Punzante/Cortante Estaba: (marque solo una)

- 1 Contaminado (exposición conocida a paciente o material contaminado) \implies ¿había sangre en el objeto? 1 Si
- 2 No Contaminado (exposición no conocida a paciente o material contaminado) 2 No
- 3 Desconocido

10) ¿Para Que fue Usado Originalmente el Objeto Punzante/Cortante? (marque solo una)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1 Desconocido/No Aplicable | <input type="checkbox"/> 16 Para Colocar una Vía Arterial/Central |
| <input type="checkbox"/> 2 Inyección, Intramuscular/Subcutánea, u Otra Inyección a través de la piel (<i>jeringa</i>) | <input type="checkbox"/> 9 Para Obtener una Muestra de Fluido Corporal o de Tejido (<i>orina/LCR/líquido amniótico, otro líquido/ biopsia</i>) |
| <input type="checkbox"/> 3 Heparina (<i>jeringa</i>) | <input type="checkbox"/> 10 Punción de Dedo, Talón |
| <input type="checkbox"/> 4 Otra Inyección en (<i>o aspiración desde</i>) vía IV (<i>jeringa</i>) | <input type="checkbox"/> 11 Sutura |
| <input type="checkbox"/> 5 Para conectar vía IV (<i>infusión IV intermitente /otra conexión IV</i>) | <input type="checkbox"/> 12 Corte |
| <input type="checkbox"/> 6 Para iniciar vía IV (<i>cateter IV o aguja tipo mariposa</i>) | <input type="checkbox"/> 17 Perforación |
| <input type="checkbox"/> 7 Para extraer sangre venosa | <input type="checkbox"/> 13 Electrocauterización |
| <input type="checkbox"/> 8 Para extraer sangre arterial  \implies si se uso para extraer sangre ¿era? <input type="checkbox"/> ¿Pinchazo directo? <input type="checkbox"/> ¿Extraer desde una vía? | <input type="checkbox"/> 14 Para Contener Fluido Corporal o Fármaco (<i>objeto de vidrio</i>) |
| | <input type="checkbox"/> 15 Otro; Describir: _____ |

11) El Accidente Ocurrió: (marque solo una)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1 Antes de Usar el Material (<i>se rompió/resbaló, al prepararlo, etc.</i>) | <input type="checkbox"/> 16 Material fue Dejado en Lugar Inadecuado (piso, mesa, cama, etc.) |
| <input type="checkbox"/> 2 Durante el Uso del Material (<i>se resbaló, paciente se movió, etc</i>) | <input type="checkbox"/> 8 Después de su Uso Antes de Descartarlo (<i>al trasladarlo, limpiarlo, clasificarlo, etc.</i>) |
| <input type="checkbox"/> 15 Al Contener, Inmovilizar al Paciente | <input type="checkbox"/> 9 Por el Material Dejado en o Cerca del Contenedor de Desecho |
| <input type="checkbox"/> 3 Durante un Procedimiento con Varias Etapas (<i>inyecciones sucesivas, al pasar instrumentos, etc.</i>) | <input type="checkbox"/> 10 Mientras se Colocaba el Material en el Contenedor de Desecho |
| <input type="checkbox"/> 4 Al finalizar el Procedimiento, en la Recogida del Material | <input type="checkbox"/> 11 Después de Descartado, Por Material Atascado o que Protruía del Contenedor de Desecho |
| <input type="checkbox"/> 5 Al Preparar el Material Para su Reutilización (<i>al clasificarlo, desinfectarlo, esterilizarlo, etc.</i>) | <input type="checkbox"/> 12 Por Material que Perforaba el Contenedor de Desecho |
| <input type="checkbox"/> 6 Al Reencapuchar la Aguja Usada | <input type="checkbox"/> 13 Después de Descartado, Por Material que Protruía de Bolsa u Otro Recipiente de Residuos Inadecuado |
| <input type="checkbox"/> 7 Al Extraer la Aguja de un Soporte de Goma u Otro Material Resistente (<i>puerto IV, etc.</i>) | <input type="checkbox"/> 14 Otro; Describir: _____ |

12) ¿Qué Tipo de Dispositivo Causó el Accidente?
(marque solo una)

- Aguja - Hueca
- Quirúrgico
- Vidrio

¿Cuál Dispositivo Causó el Accidente? (marque solo una de los tres apartados)

Agujas (por agujas de sutura vea "instrumentos quirúrgicos")

- 1 Jeringa Descartable
 - a Insulina
 - b PPD
 - c 24/25-calibre
 - d 23-calibre
- 2 Jeringa Prellenada
- 3 Aguja para Gasometría
- 4 Jeringa, Otro Tipo
- 5 Aguja en via IV (incluye conectores de via IV)
- 6 Mariposas de metal
- 7 Aguja de cateter IV

- 8 Agujas de Conexión en Tubo de Vacío (Tipo Vacutainer)
- 9 Aguja de Punción Espinal o Epidural
- 10 Agujas Hipodérmicas No Conectadas a Jeringa
- 11 Aguja de Introducción de Cateter Arterial
- 12 Aguja de Cateter de VVC (cardíaco, etc.)
- 13 Aguja de Cateter Tipo Tambor
- 14 Otra Aguja de Cateter Vascular (cardíaco, etc.)
- 15 Otra Aguja de Cateter No Vascular (oftalmología, etc.)

Instrumento Quirúrgico u Otro Objeto Filoso ("vidrio" vea otro apartado)

- 30 Lanceta (para punción de dedo o talón)
- 31 Aguja de Sutura
- 32 Bisturí Reusable (bisturí, descartable vea código 45)
- 33 Razuradora
- 34 Pipeta (plástica)
- 35 Tijeras
- 36 Instrumental de Electrocauterización
- 37 Cortador de Hueso
- 38 Gancho de Hueso
- 39 Gancho de Toalla
- 40 Cuchilla de Microtomo
- 41 Trocar
- 42 Tubo de Aspiración (plástico)

- 28 Aguja sin Estar Seguro de Que Tipo
- 29 Otra Aguja; describir: _____
- 43 Tubo de Ensayo/Recolección de Muestra (plástico)
- 44 Uñas/Dientes
- 45 Bisturí Descartable
- 46 Separadores
- 47 Grapas/Sutura de Acero
- 48 Alambre (sutura/fijación)
- 49 Alfiler
- 50 Perforador
- 51 Forceps/Hemostaticas/Pinzas
- 58 Objeto Filoso, Sin saber cual
- 59 Otro Objeto Filoso; Describir: _____

Vidrio

- 60 Ampolla de Medicación
- 61 Vial de Medicación (pequeño volumen tapón de goma)
- 62 Medicación IV botella (gran volumen)
- 63 Pipeta (vidrio)
- 64 Tubo de Vacío (vidrio)
- 65 Tubo de Ensayo o Recolección de Muestra (vidrio)

- 66 Tubo Capilar
- 67 Portaobjeto de Vidrio (microscopio)
- 78 Objeto de Vidrio; Sin saber cual
- 79 Otro Objeto de Vidrio; Describir: _____

12a) Marca o Fabricante del Dispositivo: _____

12b) Modelo:

- 98 Especificar: _____
- 99 Desconocido

13) Si el /Dispositivo que Causó el Accidente era una Aguja u Objeto Filoso de Uso Médico, ¿Tenía un "Diseño de Seguridad, "Retráctil, Aguja o Filo Romo, etc."?

- 1 Si
- 2 No
- 3 Desconocido

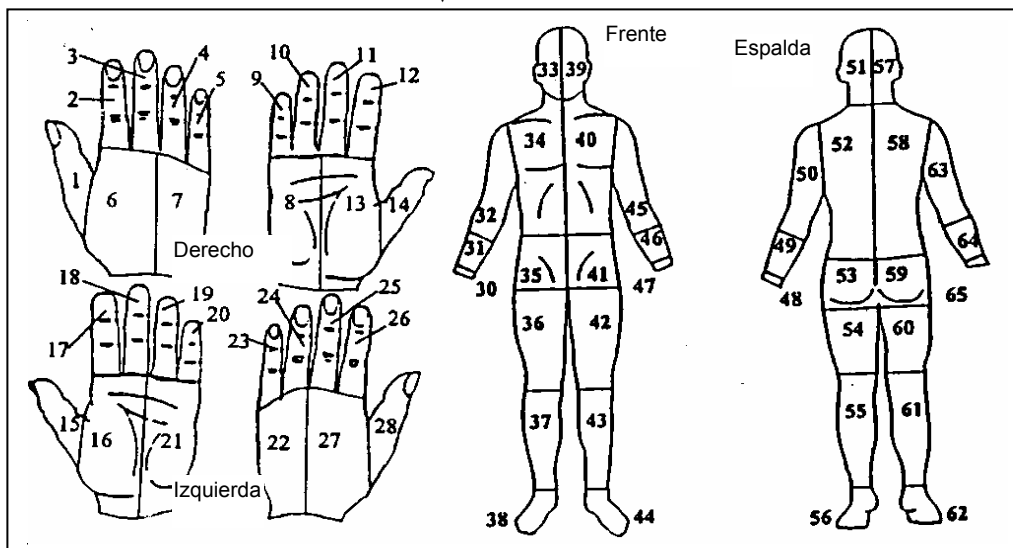
13a) ¿Estaba el Mecanismo de Protección Activado?

- 1 Si, totalmente
- 2 Si, parcialmente
- 3 No
- 4 Desconocido

13b) ¿Cuándo Ocurrió el Incidente de Exposición?

- 1 Antes de la activación
- 2 Durante la activación
- 3 Después de la activación
- 4 Desconocido

14) Señale la Localización de la Herida: _____



15) La Herida fue:

- 1 Superficial (*pequeña o sin sangrado*)
- 2 Moderada (*piel puncionada, pequeño sangrado*)
- 3 Severa (*punción o corte profundos, o sangrado abundante*)

16) Si la Herida fue en la Mano, el Dispositivo Atravesó:

- 1 Un solo par de guantes
- 2 Dos pares de guantes
- 3 Ningún guante

17) Mano Dominante del Trabajador Accidentado:

- 1 Derecha
- 2 Izquierda

18) Describa Como Ocurrió el Accidente: (especifique si hubo malfuncionamiento del dispositivo):

19) Para el Trabajador Sanitario Accidentado: Si el Dispositivo no Tenía Mecanismo de Seguridad, Considera Ud., que de Haberlo Tenido ¿Hubiera Prevenido el Accidente? 1 Si 2 No 3 Desconocido

Describir: _____

20) 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