

# NOTIFICACIÓN DE EXPOSICIÓN A FLUIDOS DE RIESGO

Fecha del accidente: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Servicio: \_\_\_\_\_

## 1. ANTECEDENTES GENERALES FUNCIONARIO (Expuesto)

Nombre: \_\_\_\_\_; Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

RUT: \_\_\_\_\_; Profesión: \_\_\_\_\_; Calidad Jurídica: \_\_\_\_\_

Teléfono de contacto: \_\_\_\_\_ Vacuna Hep. B: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ N° dosis: \_\_\_\_\_

## 2. ANTECEDENTES DE PACIENTE (Fuente)

Nombre: \_\_\_\_\_; Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

RUT: \_\_\_\_\_; Nº de Ficha: \_\_\_\_\_; Cuenta corriente: \_\_\_\_\_

## 3. ANTECEDENTES DE ACCIDENTE

Descripción del accidente, ¿como fue?: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Tipo de exposición:	Pinchazo	Contacto	Corte	Otro*	(*) Especificar	Superficial	Profundo	Sangrado espontáneo
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SI _____ NO _____
Elemento	Aguja hueca	Bisturí	Sutura	Mariposa	Trocár/Branula	Otro*	(*) Especificar	
Uso de EPP	<input type="checkbox"/>	(*) Especificar						
Ubicación	Palma	Mucosas	Dedo	Otro*	(*) Especificar			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

## 3. ANTECEDENTES DE CONDUCTA TOMADA (Exámenes)

Paciente (Fuente) VIH  VHB  VHC

Funcionario (Expuesto)  VIH  VHB  VHC Recuento anticuerpos Hepatitis B  Resultado: \_\_\_\_\_

Derivación a Central de Inmunizaciones: SI \_\_\_\_\_ Requiere TAR: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Derivación a Infectología: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

NO \_\_\_\_\_

## 4. COMENTARIOS (Resultados exámenes y observaciones)

---

---

---

---

---

Nombre Jefe Directo: \_\_\_\_\_

Fecha Notificación: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Hora Notificación: \_\_\_\_\_

*Firma Jefe Directo*