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 SI_____ NO_____	
Elemento	Aguja hueca ☐	Bisturí ☐	Sutura ☐	Mariposa ☐	Trocar/Branula ☐	Otro* ☐	*(*) Especificar*		
Uso de EPP	Guantes ☐	Delantal ☐	Pechera ☐	Pinzas ☐	Mascarilla ☐	Otro* ☐	*(*) Especificar*		
Ubicación	Palma ☐	Mucosas ☐	Dedo ☐	Otro* ☐	*(*) Especificar*				

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