

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: _____; N° de Ficha: _____; Cuenta corriente: _____

3. ANTECEDENTES DE ACCIDENTE

Descripción del accidente, ¿cómo fue?: _____

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

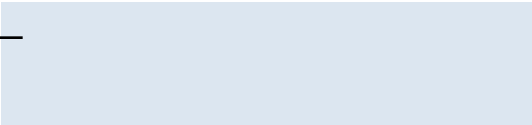
NO

4. COMENTARIOS (Resultados exámenes y observaciones)

Nombre Jefe Directo: _____

Fecha Notificación: ____/____/____

Hora Notificación: _____



Firma Jefe Directo