

Aquest comunicat es complimentarà SEMPRE. S'haurà d'emplenar amb l'ordinador i enviar per correu electrònic a: unitatprevencio@bsa.cat

1.- DADES DEL/LA TREBALLADOR/A

Nom i cognoms:		Data de naixement:	
DNI / NIE:		Categoria professional:	
Anys al lloc treball:		Situació laboral :	
		Tel. contacte:	

2.- DADES DE L'ACCIDENT DE TREBALL

Centre de treball:		Servei / Unitat / Departament / Àrea:	
Data de l'accident:		Hora de l'accident:	
		Hora d'inici de la jornada:	
S'ha visitat en algun servei d'urgències?	<i>Sí</i> ☐ <i>No</i> ☐	Anirà a la Mútua d'Accidents?	<i>Sí</i> ☐ <i>No</i> ☐
Quin centre?			

3.- DADES DE LA FONT

Nom i cognoms (pacient font):		Número d'història:	
Data de notificació:		Data d'exposició:	
		Lloc d'exposició:	
Es coneix l'estat del pacient abans de l'exposició? ☐ <i>Sí</i> (☐ <i>HIV</i> ☐ <i>Anti-VHC</i> ☐ <i>HBsAg</i>) ☐ <i>No</i>			
El treballador exposat coneixia l'estat serològic del pacient font en el moment de l'exposició accidental? <i>Sí</i> ☐ <i>No</i> ☐			
El fluid contaminant ha estat:			
☐ Sang o derivats	☐ Líquid sinovial	☐ Suc gàstric	
☐ Vòmits	☐ Líquid pleural	☐ Orina	
☐ Líquid cefalorraquidi	☐ Líquid amniòtic	☐ Saliva/esput	
☐ Líquid peritoneal	☐ Líquid pericàrdic	☐ Altres (descriuiu-los):	

4.- INVESTIGACIÓ DE L'ACCIDENTFeina que desenvolupava
en el moment de l'accidentLloc on s'ha produït
l'accident.**Al centre de treball?**Sí ☐**Lloc de l'accident** (habitació, taulell, passadissos, etc.)No ☐**On?** (Si ha estat fora del centre. has d'indicar: carrer, número i població)

La lesió ha estat:

☐ **Pell intacta**☐ **Tall**☐ **Punxada**☐ **Esquitxada:**

Tipus de lesió:

Com s'ha produït
l'accident?

Descripció (text lliure)

Quin objecte ha causat l'exposició?

Com ha succeït l'exposició?

Responeu si ha estat una exposició accidental per esquitxada:☐ Exposició directa del malalt☐ Contacte amb material contaminat☐ Apertura del flascó o contenidor☐ Contacte amb teixits plàstics o altres materials☐ Trencament del flascó o contenidor☐ Mecanisme desconegut**Responeu si ha estat una exposició accidental per una punxada o tall:**☐ Durant l'ús del material☐ En acabar el procediment, durant la recollida de material☐ En preparar el material per a la seva reutilització (durant la
desinfecció, re-esterilització...)☐ En re-encaptxar l'agulla☐ En extraure l'agulla d'un suport de goma o altre material☐ Durant el transport, abans de desfer-se del material☐ Durant la col·locació del material en el contenidor de deixalles☐ Per problemes del contenidor (trencament, apertura, contenidor ple...)☐ Material de rebuig en lloc inadequat☐ Altres

S'han produït lesions?

Sí ☐ No ☐

De quin tipus?

Part del cos lesionada:

Protecció o mètode de barrera utilitzat en el moment de l'exposició:

☐ Guants☐ Bata impermeable☐ Cap☐ Mascareta☐ Ulleres protectores/ Pantalla de proteccióDisposava en el moment de l'exposició d'un contenidor de material punxant? **Sí** ☐ **No** ☐

Quina ha estat la seva actuació posterior a l'exposició?

☐ Promoure el sagnat de la ferida☐ Aplicar-hi un desinfectant. Tipus:☐ Rentar la ferida amb aigua☐ Rentar la ferida amb aigua i sabó☐ CapS'ha efectuat profilaxi? **Sí** ☐ **No** ☐☐ Immunoglobulina específica antihepatitis B☐ Immunoglobulina inespecífica☐ Vacuna hepatitis B o dosi de record☐ AZT i/o altres antiretrovirals☐ Immunoglobulina antitetànica☐ Altres (especifiqueu-los):☐ Vacuna antitetànica o dosi de record

Data d'inici de la profilaxi:

☐ HbsAg: Any☐ Anti-HBs: Any☐ Anti-HBc: Any

Està vacunat d'hepatitis B?

☐ Anti-HIV: Any☐ VHC: Any

Ha rebut formació específica en la tasca que estava realitzant?

Sí ☐ **No** ☐

Ha rebut informació sobre els riscos del seu lloc de treball?

Sí ☐ **No** ☐

Incidències o comentaris:

Responsable (nom i cognoms):

Data:

AUTORITZACIÓ ANALÍTICA TREBALLADOR/A

Senyor/a:

Exposo:

- ✓ Que he sofert un accident laboral per esquitxada, punxada o tall amb material contaminat per sang i/o fluïds corporals.
- ✓ Que he estat informat/da dels possibles riscos de contagi que se'n poden derivar (Hepatitis B, Hepatitis C, HIV).
- ✓ Que he estat informat/da sobre la conveniència de realitzar les determinacions corresponents a l'HIV, hepatitis B i hepatitis C, les quals el centre ha posat gratuïtament a la meva disposició.

Autoritzo:

A Badalona Serveis Assistencials a fer l'extracció i a realitzar la determinació de l'HIV, Hepatitis B i Hepatitis C, els resultats dels quals en serè informat/da de forma TOTALMENT CONFIDENCIAL.

Badalona,

Signatura:

CONSENTIMENT INFORMAT PACIENT

Senyor/a:

DNI / NIE / Passaport / Número de targeta identificativa sanitària :

Número d'història clínica:

FAIG CONSTAR,

Que he estat informat/a de l'accident biològic que ha sofert un/a treballador/a de Badalona Serveis Assistencial, per exposició percutànea-mucosa a sang o un altre material biològic, durant el meu tractament / assistència.

Per tot això,

AUTORITZO,

A Badalona Serveis Assistencials, perquè determinin la serologia per virus d'Hepatitis B, Hepatitis C i VIH, en una mostra de sang.

Així mateix, seré informat/da del resultat de les anàlisis.

Badalona,

Signatura:

HAGO CONSTAR:

Que he sido informado/a del accidente biológico que ha sufrido un/a trabajador/a de *Badalona Serveis Assistencial*, por exposición percutanea-mucosa a sangre u otro material biológico, durante mi tratamiento / asistencia.

Por todo ello,

AUTORIZO:

A *Badalona Serveis Assistencials*, para que determinen la serología para virus de Hepatitis B, Hepatitis C y VIH, en una muestra de sangre.

Asimismo, será informado/a del resultado de los análisis.

Firma: