

# Registro de Exposición a Sangre o Fluidos Corporales



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.

Access 2010 Uruguay

10/2014

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_ Telefono 1: \_\_\_\_\_ Telefono 2: \_\_\_\_\_

Accidente N°: (uso interno) **B** \_\_\_\_\_ Tipo Institución: (uso inetno) \_\_\_\_\_

1) Fecha Accidente:       2) Hora del 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 (no Laboratorio)       |
| <input type="checkbox"/> 3 Interno  | <input type="checkbox"/> 12 Odontólogo                            |
| <input type="checkbox"/> 4 Enfermera: aclarar =>                            | <input type="checkbox"/> 13 Higienista Dental/Asistente Dental    |
| <input type="checkbox"/> 5 Estudiante Enfermería                            | <input type="checkbox"/> 14 Personal Servicio/Limpieza, Tisanería |
| <input type="checkbox"/> 18 HCA/NA  | <input type="checkbox"/> 19 Trabajador Lavadero                   |
| <input type="checkbox"/> 6 Fisioterapeuta                                   | <input type="checkbox"/> 20 Portero/Seguridad                     |
| <input type="checkbox"/> 7 ODA/ODP  | <input type="checkbox"/> 16 Ambulancia/Paramédico                 |
| <input type="checkbox"/> 8 Otro Asistente                                   | <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 (hemodiálisis y diálisis peritoneal)      |
| <input type="checkbox"/> 2 Fuera de la Habitación, Sala (pasillo, enfermería, etc.) | <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 (lavadero, mantenimiento, etc)          |
| <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) ¿A Cuales Fluidos Corporales se Expuso el Trabajador? (marque todos los que correspondan)

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Sangre o Derivados de Sangre | <input type="checkbox"/> Líquido Peritoneal     |
| <input type="checkbox"/> Vómito                       | <input type="checkbox"/> Líquido Pleural        |
| <input type="checkbox"/> Espujo                       | <input type="checkbox"/> Líquido Amniótico      |
| <input type="checkbox"/> Saliva                       | <input type="checkbox"/> Orina                  |
| <input type="checkbox"/> LCR                          | <input type="checkbox"/> Otro, Describir: _____ |

¿Estaba el Fluido Corporal Visiblemente Contaminado con Sangre?  Si  No  Desconocido

9) La Zona Expuesta Era: (marque todos los que correspondan)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Piel Sana         | <input type="checkbox"/> Mucosa Nasal           |
| <input type="checkbox"/> Piel No Sana      | <input type="checkbox"/> Mucosa Bucal           |
| <input type="checkbox"/> Conjuntiva Ocular | <input type="checkbox"/> Otra, Describir: _____ |

10) La Sangre o el Fluido Corporal: (marque todos los que correspondan)

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Tocó Piel Desprotegida   | <input type="checkbox"/> Pasó a Tráves de la Ropa de Protección |
| <input type="checkbox"/> Tocó Piel a Través de una Zona Descubierta de Ropa de Protección | <input type="checkbox"/> Pasó a Tráves de la Ropa Común         |

11) ¿Cuáles Elementos de Protección Utilizaba en el Momento de la Exposición?: (marque todos los que correspondan)

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Un Par de Guantes Latex/Vinilo    | <input type="checkbox"/> Máscara Quirúrgica        |
| <input type="checkbox"/> Dos pares de Guantes Latex/Vinilo | <input type="checkbox"/> Túnica Quirúrgica         |
| <input type="checkbox"/> Gafas Protectoras                 | <input type="checkbox"/> Túnica de Plástico        |
| <input type="checkbox"/> Lentes (no protectores)           | <input type="checkbox"/> Túnica No Protectora      |
| <input type="checkbox"/> Lentes con Protección Lateral     | <input type="checkbox"/> Otra Prenda No Protectora |
| <input type="checkbox"/> Protector Facial                  | <input type="checkbox"/> Otra, Describir: _____    |

12) La Exposición se Produjo a Consecuencia de: (marque solo una)

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1 Contacto Directo con el Paciente  | <input type="checkbox"/> 5 Salpicó/Escurió Otro Recipiente Con Fluido Corporal |
| <input type="checkbox"/> 2 Escurió o Salpicó de Recipiente Contenedor  | <input type="checkbox"/> 6 Tocó Equipo o Superficie Contaminada                |
| <input type="checkbox"/> 3 Rotura del Recipiente Contenedor  | <input type="checkbox"/> 7 Tocó Campos/Sábanas/Túnicas Contaminadas, etc.      |
| <input type="checkbox"/> 4 Escurió/Rotura, Tubuladura IV/Bomba Infusión  | <input type="checkbox"/> 8 Desconocido   |
| <input type="checkbox"/> 10 Cebando/Separando/Salpicó/Escurió Otra Tubuladura<br>Especificar Tubuladura: _____ | <input type="checkbox"/> 9 Otro, Describir: _____                              |

Si Hubo Falla del Equipo, Especificar Cual: Tipo de Equipo: \_\_\_\_\_

Fabricante: \_\_\_\_\_

13) ¿Durante Cuanto Tiempo la Sangre o el Fluido Estuvo en Contacto con la Piel o Superficie Cutáneo-Mucosa del Expuesto?  
(marque solo una)

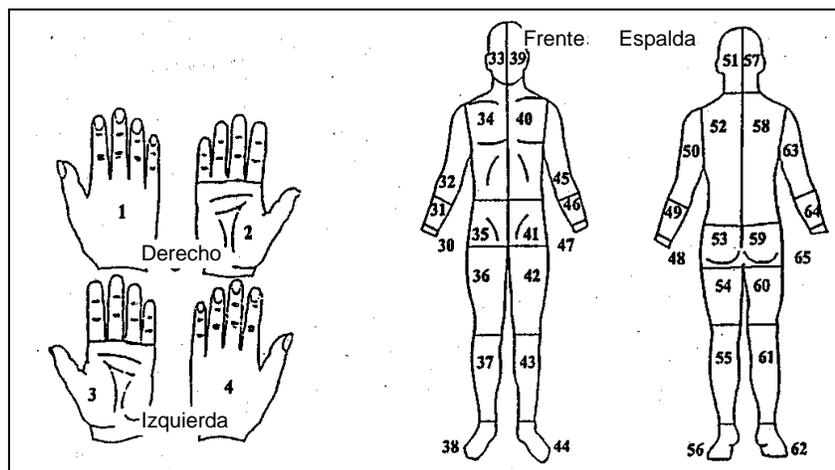
- 1 Menos de 5 Minutos
- 2 5 -14 Minutos
- 3 De 15 Minutos a 1 Hora
- 4 Más de 1 Hora

14) ¿Qué Cantidad de Sangre o Fluido Corporal Estuvo en Contacto con la Piel o Superficie Cutáneo-Mucosa del Expuesto?  
(marque solo una)

- 1 Poca Cantidad (hasta 5 cc, o como 1 cucharadita)
- 2 Moderada Cantidad (hasta 50 cc)
- 3 Gran Cantidad (Más de 50 cc)

15) Señale la Zona Expuesta: Escriba el Número de Hasta Tres Zonas Expuestas del Cuerpo en los Espacios en Blanco.

Mayor Superficie Expuesta: \_\_\_\_\_ Superficie Expuesta Intermedia: \_\_\_\_\_ Menor Superficie Expuesta: \_\_\_\_\_



16) Describa las Circunstancias Que Motivaron la Exposición (especifique si hubo malfuncionamiento del equipo):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

17) 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