

Registro de Exposición a Pinchazo o Corte



Apellido: _____ Nombre: _____

Email: _____ Telefono 1: _____ Telefono 2: _____

Accidente N°: (uso interno) **S** _____ Tipo Institución: (uso interno) _____ Registrado por: _____

1) Fecha Accidente: 2) Hora 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) El Accidentado, ¿Era el usuario Original del Objeto Punzante/Cortante? (marque solo una)

- 1 Si 2 No 3 Desconocido 4 No Aplicable

9) El Objeto Punzante/Cortante Estaba: (marque solo una)

- | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 Contaminado (exposición conocida a paciente o material contaminado) => | ¿había sangre en el objeto? | <input type="checkbox"/> 1 Si |
| <input type="checkbox"/> 2 No Contaminado (exposición no conocida a paciente o material contaminado) | | <input type="checkbox"/> 2 No |
| <input type="checkbox"/> 3 Desconocido | | |

10) ¿Para Que fue Usado Originalmente el Objeto Punzante/Cortante? (marque solo una)

- | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 Desconocido/No Aplicable | <input type="checkbox"/> 16 Para Colocar una Vía Arterial/Central |
| <input type="checkbox"/> 2 Inyección, Intramuscular/Subcutánea, u Otra Inyección a través de la piel (jeringa) | <input type="checkbox"/> 9 Para Obtener una Muestra de Fluido Corporal o de Tejido (orina/LCR/líquido amniótico, otro líquido/ biopsia) |
| <input type="checkbox"/> 3 Heparina (jeringa) | <input type="checkbox"/> 10 Punción de Dedo, Talón |
| <input type="checkbox"/> 4 Otra Inyección en (o aspiración desde) via IV (jeringa) | <input type="checkbox"/> 11 Sutura |
| <input type="checkbox"/> 5 Para conectar via IV (infusion IV intermitente /otra conexión IV) | <input type="checkbox"/> 12 Corte |
| <input type="checkbox"/> 6 Para iniciar via IV (cateter IV o aguja tipo mariposa) | <input type="checkbox"/> 17 Perforación |
| <input type="checkbox"/> 7 Para extraer sangre venosa | <input type="checkbox"/> 13 Electrocauterización |
| <input type="checkbox"/> 8 Para extraer sangre arterial | <input type="checkbox"/> 14 Para Contener Fluido Corporal o Fármaco (objeto de vidrio) |
| | <input type="checkbox"/> 15 Otro; Describir: _____ |
- si se uso para extraer sangre ¿era? ¿Pinchazo directo? ¿Extraer desde una via?

11) El Accidente Ocurrió: (marque solo una)

- | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 Antes de Usar el Material (se rompió/resbaló, al prepararlo, etc.) | <input type="checkbox"/> 16 Material fue Dejado en Lugar Inadecuado (piso, mesa, cama, etc.) |
| <input type="checkbox"/> 2 Durante el Uso del Material (se resbaló, paciente se movió, etc) | <input type="checkbox"/> 8 Despues de su Uso Antes de Descartarlo (al trasladarlo, limpiarlo, clasificarlo, etc.) |
| <input type="checkbox"/> 15 Al Contener, Inmovilizar al Paciente | <input type="checkbox"/> 9 Por el Material Dejado en o Cerca del Contenedor de Desecho |
| <input type="checkbox"/> 3 Durante un Procedimiento con Varias Etapas (inyecciones sucesivas, al pasar instrumentos, etc.) | <input type="checkbox"/> 10 Mientras se Colocaba el Material en el Contenedor de Desecho |
| <input type="checkbox"/> 4 Al finalizar el Procedimiento, en la Recogida del Material | <input type="checkbox"/> 11 Despues de Descartado, Por Material Atascado o que Protruía del Contenedor de Desecho |
| <input type="checkbox"/> 5 Al Preparar el Material Para su Reutilización (al clasificarlo, desinfectarlo, esterilizarlo, etc.) | <input type="checkbox"/> 12 Por Material que Perforaba el Contenedor de Desecho |
| <input type="checkbox"/> 6 Al Reencapuchar la Aguja Usada | <input type="checkbox"/> 13 Despues de Descartado, Por Material que Protruía de Bolsa u Otro Recipiente de Residuos Inadecuado |
| <input type="checkbox"/> 7 Al Extraer la Aguja de un Soporte de Goma u Otro Material Resistente (puerto IV, etc.) | <input type="checkbox"/> 14 Otro; Describir: _____ |

12) ¿Qué Tipo de Dispositivo Causó el Accidente?
(marque solo una)

- Aguja - Hueca
- Quirúrgico
- Vidrio

¿Cuál Dispositivo Causó el Accidente? (marque solo una de los tres apartados)

Agujas (por agujas de sutura vea "instrumentos quirúrgicos")

- 1 Jeringa Descartable
 - a Insulina
 - b PPD
 - c 24/25-calibre
 - d 23-calibre
- 2 Jeringa Prellenada
- 3 Aguja para Gasometría
- 4 Jeringa, Otro Tipo
- 5 Aguja en via IV (incluye conectores de via IV)
- 6 Mariposas de metal
- 7 Aguja de cateter IV

- 8 Agujas de Conexión en Tubo de Vacío (Tipo Vacutainer)
- 9 Aguja de Punción Espinal o Epidural
- 10 Agujas Hipodérmicas No Conectadas a Jeringa
- 11 Aguja de Introducción de Cateter Arterial
- 12 Aguja de Cateter de VVC (cardíaco, etc.)
- 13 Aguja de Cateter Tipo Tambor
- 14 Otra Aguja de Cateter Vascular (cardíaco, etc.)
- 15 Otra Aguja de Cateter No Vascular (oftalmología, etc.)

Instrumento Quirúrgico u Otro Objeto Filoso ("vidrio" vea otro apartado)

- 30 Lanceta (para punción de dedo o talón)
- 31 Aguja de Sutura
- 32 Bisturí Reusable (bisturí, descartable vea código 45)
- 33 Razuradora
- 34 Pipeta (plástica)
- 35 Tijeras
- 36 Instrumental de Electrocauterización
- 37 Cortador de Hueso
- 38 Gancho de Hueso
- 39 Gancho de Toalla
- 40 Cuchilla de Microtomo
- 41 Trocar
- 42 Tubo de Aspiración (plástico)

- 43 Tubo de Ensayo/Recolección de Muestra (plástico)
- 44 Uñas/Dientes
- 45 Bisturí Descartable
- 46 Separadores
- 47 Grapas/Sutura de Acero
- 48 Alambre (sutura/fijación)
- 49 Alfiler
- 50 Perforador
- 51 Forceps/Hemostáticas/Pinzas

Vidrio

- 60 Ampolla de Medicación
- 61 Vial de Medicación (pequeño volumen tapón de goma)
- 62 Medicación IV botella (gran volumen)
- 63 Pipeta (vidrio)
- 64 Tubo de Vacío (vidrio)
- 65 Tubo de Ensayo o Recolección de Muestra (vidrio)

- 28 Aguja sin Estar Seguro de Que Tipo
- 29 Otra Aguja; describir: _____
- 58 Objeto Filoso, Sin saber cual
- 59 Otro Objeto Filoso; Describir: _____
- 66 Tubo Capilar
- 67 Portaobjeto de Vidrio (microscopio)
- 78 Objeto de Vidrio; Sin saber cual
- 79 Otro Objeto de Vidrio; Describir: _____

12a) Marca o Fabricante del Dispositivo: _____

12b) Modelo:

- Conocido, especificar: _____
- Desconocido

13) Si el /Dispositivo que Causó el Accidente era una Aguja u Objeto Filoso de Uso Médico, ¿Tenía un "Diseño de Seguridad, "Retráctil, Aguja o Filo Romo, etc."?

- 1 Si
- 2 No
- 3 Desconocido

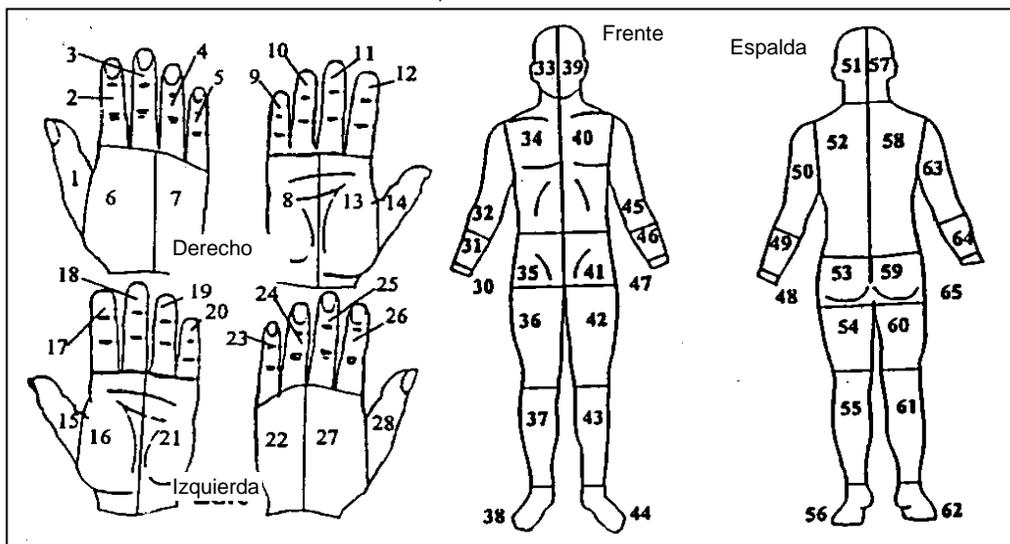
13a) ¿Estaba el Mecanismo de Protección Activado?

- 1 Si, totalmente
- 2 Si, parcialmente
- 3 No
- 4 Desconocido

13b) ¿Cuándo Ocurrió el Incidente de Exposición?

- 1 Antes de la activación
- 2 Durante la activación
- 3 Después de la activación
- 4 Desconocido

14) Señale la Localización de la Herida: _____



15) La Herida fue:

- 1 Superficial (*pequeña o sin sangrado*)
- 2 Moderada (*piel puncionada, pequeño sangrado*)
- 3 Severa (*punción o corte profundos, o sangrado abundante*)

16) Si la Herida fue en la Mano, el Dispositivo Atravesó:

- 1 Un solo par de guantes
- 2 Dos pares de guantes
- 3 Ningún guante

17) Mano Dominante del Trabajador Accidentado:

- 1 Derecha
- 2 Izquierda

18) Describa Como Ocurrió el Accidente: (especifique si hubo malfuncionamiento del dispositivo):

19) Para el Trabajador Sanitario Accidentado: Si el Dispositivo no Tenía Mecanismo de Seguridad, Considera Ud., que de Haberlo Tenido ¿Hubiera Prevenido el Accidente? 1 Si 2 No 3 Desconocido

Describir: _____

20) 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