

# Notificação de Exposição a Sangue e Fluidos Corporais Exposure



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.  
V1.7e/Brazil

8/2012

Nome: \_\_\_\_\_

Numero de identificação B \_\_\_\_\_ Hospital nº: \_\_\_\_\_ Preenchido por: \_\_\_\_\_

1) Data do ferimento:      2) Hora do ferimento:

3) Seto onde o ferimento ocorreu: \_\_\_\_\_

4) Serviço: \_\_\_\_\_

## 5) Categoria profissional:

- |                                                                                  |                                                               |
|----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 Médico plantonista/ assistente (especialidade: _____) | <input type="checkbox"/> 9 Flebotomista                       |
| <input type="checkbox"/> 2 Médico residente / companheiro (especialidade: _____) | <input type="checkbox"/> 10 Técnico de laboratório            |
| <input type="checkbox"/> 3 Estudante de medicina                                 | <input type="checkbox"/> 11 Funcionário do laboratório        |
| <input type="checkbox"/> 4 Enfermeira=====→ 1 Técnico                            | <input type="checkbox"/> 12 Dentista                          |
| <input type="checkbox"/> 18 Auxiliar de enfermagem 2 Assistente                  | <input type="checkbox"/> 13 Assistente de dentista            |
| <input type="checkbox"/> 5 Estudante de enfermagem                               | <input type="checkbox"/> 14 Funcionário do serviço de limpeza |
| <input type="checkbox"/> 22 Parteira                                             | <input type="checkbox"/> 19 Empregado da lavanderia           |
| <input type="checkbox"/> 6 Fisioterapeuta                                        | <input type="checkbox"/> 20 Segurança                         |
| <input type="checkbox"/> 7 Instrumentalista                                      | <input type="checkbox"/> 16 Paramédico                        |
| <input type="checkbox"/> 8 Outro assistente                                      | <input type="checkbox"/> 15 Outro, descreva: _____            |

## 6) Onde o ferimento ocorreu?

- |                                                                          |                                                                                    |
|--------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 Quarto do paciente                            | <input type="checkbox"/> 9 Clínica de diálise                                      |
| <input type="checkbox"/> 2 Fora do quarto (corredor/posto de enfermagem) | <input type="checkbox"/> 10 Sala de exames (raio-x, etc)                           |
| <input type="checkbox"/> 3 Emergência                                    | <input type="checkbox"/> 11 Laboratório clínico                                    |
| <input type="checkbox"/> 4 Unidade de terapia intensiva                  | <input type="checkbox"/> 12 Autópsia/patologia                                     |
| <input type="checkbox"/> 5 Sala de operação/centro de material           | <input type="checkbox"/> 13 Área de serviço (lavanderia, central de esterilização) |
| <input type="checkbox"/> 6 Ambulatório/consultório                       | <input type="checkbox"/> 16 Sala de parto                                          |
| <input type="checkbox"/> 7 Banco de sangue                               | <input type="checkbox"/> 17 Provedor de cuidados médicos no domicílio              |
| <input type="checkbox"/> 8 Centro de punção venosa                       | <input type="checkbox"/> 14 Outro, descreva: _____                                 |
| <input type="checkbox"/> 9 Clínica de diálise                            |                                                                                    |

## 7) O paciente-fonte era conhecido?

- ☐ 1 Sim ☐ 2 Não ☐ 3 Desconhecido ☐ 4 Não se aplica

## 8) Que fluido corporal o funcionário foi exposto?

- |                                                       |                                                 |
|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sangue ou derivado do sangue | <input type="checkbox"/> Líquido peritoneal     |
| <input type="checkbox"/> Vômito                       | <input type="checkbox"/> Líquido pleural        |
| <input type="checkbox"/> Escarro/expectoração         | <input type="checkbox"/> Líquido amniótico      |
| <input type="checkbox"/> Saliva                       | <input type="checkbox"/> Urina                  |
| <input type="checkbox"/> Líquido cerebrospinal        | <input type="checkbox"/> Outro, descreva: _____ |

Havia fluidos corporais visível com sangue? ☐ Sim ☐ Não ☐ Desconhecido

## A região do corpo atingida foi: (cheque 1 ou mais itens)

- |                                                                               |                                                 |
|-------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Pele íntegra <input type="checkbox"/> Nariz (mucosa) |                                                 |
| <input type="checkbox"/> Pele não íntegra                                     | <input type="checkbox"/> Boca (mucosa)          |
| <input type="checkbox"/> Olhos (conjuntiva)                                   | <input type="checkbox"/> Outra, descreva: _____ |

## 9) O sangue ou a secreção corporal tocou (cheque 1 ou mais itens) :

- |                                                                |                                                                                                        |
|----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Pele desprotegida                     | <input type="checkbox"/> Através de avental apropriado (plástico/vinil /material não absorvente/latex) |
| <input type="checkbox"/> Espaço entre a pele e o EPI utilizado | <input type="checkbox"/> Através de avental inapropriado (algodão/material absorvente)                 |

## 10) Cheque que tipo de EPI foi usado no momento do acidente: (cheque 1 ou mais itens)

- |                                                               |                                                                                              |
|---------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Par de luvas simples (vinil/latex)   | <input type="checkbox"/> Máscara cirúrgica                                                   |
| <input type="checkbox"/> Par de luvas duplo (vinil/latex)     | <input type="checkbox"/> Avental cirúrgico                                                   |
| <input type="checkbox"/> Óculos de proteção                   | <input type="checkbox"/> Avental de plástico                                                 |
| <input type="checkbox"/> Óculos comuns ( sem proteção)        | <input type="checkbox"/> Bata de laboratório (de algodão/ poliester ou material impermeável) |
| <input type="checkbox"/> Óculos comuns (com proteção lateral) | <input type="checkbox"/> Bata de laboratório de material impermeável                         |
| <input type="checkbox"/> Proteção facial                      | <input type="checkbox"/> Outro, descreva: _____                                              |

## 11) A exposição foi causada por:

- |                                                                                                                  |                                                                                    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 Contato direto com o paciente                                                         | <input type="checkbox"/> 5 Outro container para sangue ou fluido (espirrou/ vazou) |
| <input type="checkbox"/> 2 Container de amostra (vazou/ espirrou)                                                | <input type="checkbox"/> 6 Tocou equipamento ou superfície contaminada             |
| <input type="checkbox"/> 3 Container de amostra quebrado                                                         | <input type="checkbox"/> 7 Tocou campo cirúrgico/ ençol/ avental,etc.              |
| <input type="checkbox"/> 4 Equipo de soro/bolsa/bomba/ (vazou ou quebrou)                                        | <input type="checkbox"/> 8 Desconhecido                                            |
| <input type="checkbox"/> 10 SNG/respirador/outro tubo tubo separado (Vazou, espirrou). Especifique o tubo: _____ | <input type="checkbox"/> 9 Outro, descreva: _____                                  |

12) Se falha de equipamento especificue: Tipo de equipamento: \_\_\_\_\_

Fabricante de produto \_\_\_\_\_

13) Por quanto tempo o sangue ou o fluido corporal esteve em contato com a pele ou mucosa:

- ☐ 1 < 5 minutos
- ☐ 2 5-14 minutos
- ☐ 3 15 minutos ou 1 Hora
- ☐ 4 > 1 Hora

14) A extensão do contato com pele ou mucosa foi:

- ☐ 1 quantidade pequena (< 5ml ou 1 colher de chá)
- ☐ 2 quantidade moderada (> 5 ml ou ¼ da xícara média)
- ☐ 3 grande quantidade (> 50 ml ou >¼ da xícara média)

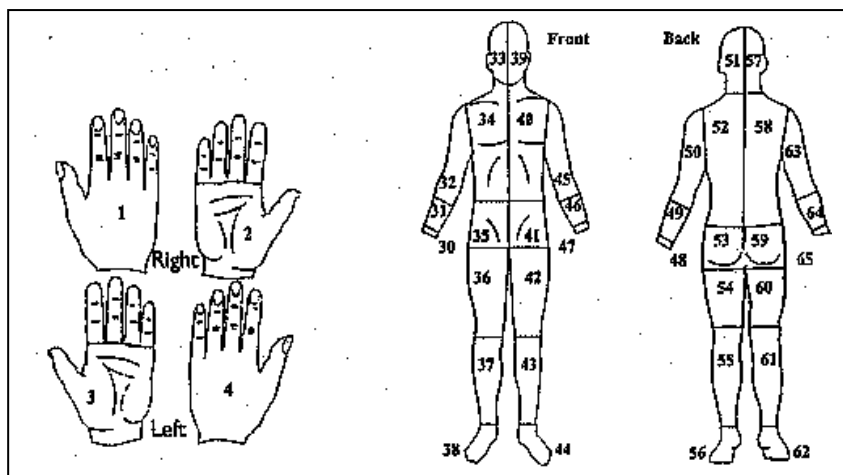
15) Região do corpo exposta :

Escreva o número da região atingida (até 3 regiões):

Maior área exposta \_\_\_\_\_

Moderada área exposta \_\_\_\_\_

Menor área exposta \_\_\_\_\_



16) Descreva as circunstâncias em que o acidente ocorreu:

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

Cost:

Lab charges (Hb, HCV, HIV, other tests)

\_\_\_\_\_ Healthcare worker

\_\_\_\_\_ Source

Treatment Prophylaxis (HBIG, Hb vaccine, tetanus, other)

\_\_\_\_\_ Healthcare worker

\_\_\_\_\_ Source

\_\_\_\_\_ Service charges (Emergency dept, Employee health, other)

\_\_\_\_\_ Other costs (Worker's comp, surgery, other)

\_\_\_\_\_ TOTAL (round to nearest dollar)

Is this incident government reportable? ☐ 1 Yes ☐ 2 No ☐ 3 Unknown

If yes, days away from work: \_\_\_\_\_

Days of restricted work activity: \_\_\_\_\_

Does this incident meet the medical device reporting criteria? (If a device defect caused serious injury necessitating medical or surgical intervention, or death occurred within 10 works days of incident.)

☐ 1 Yes (If yes, follow reporting protocol) ☐ 2 No ☐ 3 Unknown