

Preenchimento de responsabilidade do gestor ou responsável imediato.

Data do acidente: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Horário do acidente \_\_\_\_\_

Local do Atendimento: \_\_\_\_\_

Data atendimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Horário: \_\_\_\_h \_\_\_\_min

Responsável pelo preenchimento:

**Dados do Colaborador**

Nome: \_\_\_\_\_ Matrícula \_\_\_\_\_ Lesão? qual? \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_ Sexo: ( ) Masc ( ) Fem Gestante: ( ) Não ( ) Sim

Endereço residencial do acidentado: Rua/AV \_\_\_\_\_

N° \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_ Mun: \_\_\_\_\_

Ponto de Referência: \_\_\_\_\_ Cep: \_\_\_\_\_ Contato: \_\_\_\_\_

Setor: \_\_\_\_\_ Local do acidente \_\_\_\_\_ Função: \_\_\_\_\_

Vínculo com local onde ocorreu o acidente: ( ) Empregado ( ) Serviço Terceirizado ( ) Jovem Aprendiz ( ) Outros :

**Dados do Paciente fonte**

Sintomas de infecção aguda? ( ) Sim. Especificar : \_\_\_\_\_ ( ) Não Tempo de internação >30 dias? ( ) Sim ( ) Não

O paciente fonte foi exposto a alguma situação de risco nos últimos 03 meses (**compartilhamento de equipamentos para uso de drogas injetáveis, inaladas e a prática de relação sexual desprotegida**)? ( ) Sim ( ) Não ( ) Paciente fonte impossibilitado de responder

Assinatura/Carimbo do Responsável Imediato: \_\_\_\_\_

**Notificação do Acidente de Trabalho**

Tipo de Exposição: ( ) Percutânea ( ) Mucosa Ocular ( ) Mucosa Oral ( ) cutânea ( ) Outro/ Qual? \_\_\_\_\_

Material Orgânico: ( ) Sangue ( ) Outro/ Qual? \_\_\_\_\_

Parte do corpo exposta/atingida: \_\_\_\_\_

Usava EPI no momento do acidente?

( ) Sim. Quais? ( ) Avental ( ) Gorro ( ) Óculos ( ) Luvas ( ) Máscara ( ) Outro/ Qual? \_\_\_\_\_

( ) Não. Por qual motivo? \_\_\_\_\_

Acidente envolvendo perfurocortante? ( ) sim ( ) não

( ) Fonte Desconhecida?



FORMULÁRIO – SESMT

**ACIDENTE DE TRABALHO COM EXPOSIÇÃO A MATERIAL BIOLÓGICO**

Código: F.HABF.091

Versão: 00

Elaboração: 17/11/2022

Preenchimento de responsabilidade do médico do Pronto Socorro.

Situação vacinal para hepatite B no momento do acidente: ( ) 3 doses ( ) Incompleta ( ) Não vacinado ( ) Não sabe

**Solicitação de exames da fonte no momento do acidente**

Nome da Fonte: \_\_\_\_\_ ( ) Fonte Desconhecida Prontuário: \_\_\_\_\_

1- Sim 2- Não 3- Não autorizado pela fonte/responsável.

( ) Anti HIV ( ) Teste rápido HIV ( ) HbsAg ( ) Anti- HCV ( ) VDRL ( ) HCV-RNA (qualitativo)

**Solicitação de exames do acidentado no momento do acidente**

Prontuário de atendimento: \_\_\_\_\_ Data da Coleta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

1- Sim 2- Não 3- Não autorizado pelo colaborador.

Primeiro atendimento solicitar: ( ) Anti HIV EIA/ELISA ( ) Teste rápido HIV ( ) Anti HBsAg ( ) Anti- HCV ( ) VDRL

Indicação de PEP: ( ) sim ( ) não

Se, sim solicitar = ( ) Hemograma Completo ( ) Glicose ( ) Uréia ( ) Creatinina ( ) TGO ( ) TGP ( ) Teste rápido HIV

**Conduta Médica**

Profilaxias indicadas: ( ) IGHAHB ( ) Vacina contra hepatite B ( ) Tenofovir (TDF) + Lamivudina (3TC) + Atazanavir (ATV/r)  
( ) Outro/ Qual? \_\_\_\_\_

Assinatura/ Carimbo do Responsável pelo preenchimento: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_

SESMT

Preenchimento de responsabilidade da Medicina do Trabalho

**SEGURANÇA DO TRABALHO**

Tipo de exposição: ( ) CUTÂNEA ( ) PERCUTÂNEA ( ) MUCOSA DATA DE RECEBIMENTO: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/ HORA DO RECEBIMENTO \_\_\_h:\_\_\_min

Usava EPI no momento do acidente?

( ) Sim. Quais? ( ) Avental ( ) Gorro ( ) Óculos ( ) Luvas ( ) Máscara ( ) Outro/ Qual? \_\_\_\_\_

( ) Não. Por qual motivo? \_\_\_\_\_

( ) Indicada profilaxia ( ) Não Indicada profilaxia

 \_\_\_\_\_  
 Carimbo e assinatura do SESMT

**Evolução – Medicina do Trabalho**

( ) Alta ao acidentado, paciente fonte com resultados sorológicos “não reagentes”.

( ) Necessário acompanhamento sorológico do acidentado, paciente fonte com resultados sorológicos “reagentes ou desconhecidos”.

( ) Fonte Desconhecida.

**Acompanhamento sorológico do acidentado**

1- Positivo 2- Não reagente 3- Em andamento 4- Não Realizado 5- Ignorado 6- Não autorizado pelo colaborador.

**Resultados dos exames na data do acidente**

( ) Testa rápido HIV - Imediato \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

( ) Teste rápido HBS Ag - Imediato \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

( ) Teste rápido HBC - Imediato \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

( ) VDRL - Imediato \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Resultado dos exames - Data dos próximos exames**

( ) Hemograma completo - 15 dias \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

( ) Glicemia - 15 dias \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

( ) Uréia – 15 dias \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

( ) Creatinina - 15 dias \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

( ) TGO – 15 dias \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

( ) TGP – 15 dias \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

( ) Testa rápido HIV – 30 dias \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Resultado dos exames - Data dos próximos exames**

( ) Teste rápido HIV – 120 dias \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

VACINAÇÕES ESTÃO EM DIA? ( ) SIM ( ) NÃO

( ) Nenhuma alteração laboratorial/Alta ( ) Encerramento do atendimento após 120 dias: ( ) Alteração laboratorial/ Qual

( ) Demissão ( ) Óbito ( ) Ainda em tratamento.

OBSERVAÇÕES:

Assinatura/Carimbo do Responsável pelo acompanhamento : \_\_\_\_\_

Carimbo e assinatura Médico do Trabalho