



A- Identificação da Instituição de Atendimento					
1) Unidade de Atendimento: 1 - HMGV 2- SAMU 3- UPA		2) Data:			
B- Identificação do Trabalhador Acidentado	3) Nome Completo:		4) Data de Nascimento:		
	5) Nome da Mãe:				
	6) Estado Civil: 1- Solteiro 2- Casado 3- Divorciado 4- Viúvo 5- Outros 6- Ignorado				
	7) Sexo: 1- Feminino 2- Masculino	8) Ocupação:			
	9) Instituição de Trabalho:				
	10) Município:		11) Horário Turno de Trabalho:		
	12) Setor de Trabalho:		13) Telefone para Contato:		
	14) Relação de Emprego: 1- CLT 2- RPA 3- Funcionário Municipal 4- Contrato Determinado 5- Estatutário 6- Outros. Quais?				
C- Dados do Acidente	15) Local do Agravo: 1- Hospital 2- Via Pública 3- Outro. Qual?				
	16) Setor (do local de trabalho) onde ocorreu o agravo:				
	17) Registro Policial: 1- Sim (anexar cópia) 2- Não	18) Comunicação de Óbito: 2- Não	19) Data do Óbito:		
	20) Descrição do Acidente:				
	21) Parte do Corpo Afetado:				
	22) Data do Acidente:	23) Hora do Acidente:	24) Após quantas horas de trabalho?		
	25) Exposição ocupacional com material de risco biológico:		1- Sim, campo "D" Obrigatório.	2- Não	
	26) Acidente de Trajeto:		1- Sim, campo "E" Obrigatório.	2- Não	
D- Exposição Ocupacional com Material Biológico	27) Tipo de Exposição: 1- Percutânea 2- Mucosa 3- Pele	28) Tipo de Material: 1- Sangue 2- Secreção 3- Outro. Qual?	29) Situação causadora do agravo: 1- Recapeamento 4- Manuseio de paciente 2- Administração de medicamentos 5- Manuseio de resíduo 3- Manuseio de material cirúrgico 6- Outro. Qual?		
	Paciente-Fonte	30) Paciente-Fonte Conhecido: 1- Sim 2- Não		31) Identificação do Paciente-Fonte:	
		32) Quarto/Leito:	33) Teste Rápido Paciente-Fonte: 1- Realizado 2- Não Realizado		
	Trabalhador Acidentado	34) Teste Rápido Trabalhador Acidentado: 1-Realizado 2- Não Realizado			36) Profilaxia Prescrita: 1- Sim (AZT + 3TC + LPV/r) 2- Não
		35) Data da coleta após o acidente:		Conduta Médica	



36) Responsável pelo Preenchimento dos Campos A, B, C, D e E:		39) Assinatura e Carimbo:	
37) Cargo/Função:		38) Telefone/Ramal:	
E- Acidente de Trajeto	Acidente de trajeto, especificar o local e/ou endereço completo.		
	40) Endereço do Trabalhador (Rua/Avenida/nº/Complemento):		
	41) Bairro:	42) Município:	43) Estado:
	44) CEP:	45) Área: 1- Urbana 2- Rural	46) Último dia de trabalho:
Testemunha A	47) Nome Testemunha:		
	48) Endereço (Rua/Avenida/nº/Complemento):		49) Telefone:
	50) Bairro:	51) Município:	52) CEP: 53) Estado:
Testemunha B	54) Nome Testemunha:		
	55) Endereço (Rua/Avenida/nº/Complemento):		56) Telefone:
	57) Bairro:	58) Município:	59) CEP: 60) Estado:
F- Avaliação Médica	Unidade:	Data Atend:	
	Hora Atend:	Houve Internação:	
	Deverá o acidentado afastar-se durante tratamento?		
	Natureza Lesão:		
	CID-10:		
	Observações:	CRM:	
Notas:			
1- A inexistência das declarações desta comunicação implicará nas sanções previstas nos artigos 171 e 299 do Código Penal. 2- A comunicação de acidente de trabalho deverá ser feita até o 1º dia útil após o acidente, sob pena de multa, na forma prevista no artigo 22 da Lei nº 8.213/91.			
A comunicação do acidente é obrigatória, mesmo no caso em que não haja afastamento do trabalho.			

ACIDENTE DE TRABALHO COM EXPOSIÇÃO À MATERIAL BIOLÓGICO

Definição de caso: Acidentes envolvendo sangue e outros fluidos orgânicos ocorridos com os profissionais da área da saúde durante o desenvolvimento do seu trabalho, aonde os mesmos estão expostos a materiais biológicos potencialmente contaminados.

Os ferimentos com agulhas e material perfuro cortante em geral são considerados extremamente perigosos por serem potencialmente capazes de transmitir mais de 20 tipos de patógenos diferentes, sendo o vírus da imunodeficiência humana (HIV), o da hepatite B (HBV) e o da hepatite C (HCV) os agentes infecciosos mais comumente envolvidos.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2 - Individual		2 Agravo/doença ACIDENTE DE TRABALHO COM EXPOSIÇÃO À MATERIAL BIOLÓGICO		Código (CID10) Z20.9	3 Data do Notificação		
	4 UF RS	5 Município de Notificação Sapucaia do Sul			Código (IBGE) 4 3 2 0 0 08			
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora) Fundação de Saúde Sapucaia do Sul				Código 2 2 3 2 1 6 2	7 Data do Acidente		
	8 Nome do Paciente					9 Data de Nascimento		
Notificação Individual	10 (ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano		11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado		12 Gestante 1-1ºTrimestre 2-2ºTrimestre 3-3ºTrimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9-Ignorado		13 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado	
	14 Escolaridade 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª à 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica							
	15 Número do Cartão SUS				16 Nome da mãe			
	17 UF		18 Município de Residência		Código (IBGE)		19 Distrito	
Dados de Residência	20 Bairro		21 Logradouro (rua, avenida,...)			Código		
	22 Número		23 Complemento (apto., casa, ...)			24 Geo campo 1		
	25 Geo campo 2			26 Ponto de Referência			27 CEP	
	28 (DDD) Telefone				29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado		30 País (se residente fora do Brasil)	
	Dados Complementares do Caso							
	Antecedentes Epidemiológicos	31 Ocupação						
32 Situação no Mercado de Trabalho 01- Empregado registrado com carteira assinada 05 - Servidor público celetista 09 - Cooperativado 02 - Empregado não registrado 06- Aposentado 10- Trabalhador avulso 03- Autônomo/ conta própria 07- Desempregado 11- Empregador 04- Servidor público estatutário 08 - Trabalho temporário 99 - Ignorado				33 Tempo de Trabalho na Ocupação 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano				
Dados da Empresa Contratante								
34 Registro/ CNPJ ou CPF 13 1 8 3 5 1 3 / 00 01 - 27				35 Nome da Empresa ou Empregador Fundação de Saúde Sapucaia do Sul				
36 Atividade Econômica (CNAE) 86 . 10 - 1 - 02			37 UF RS		38 Município Sapucaia do Sul		Código (IBGE) 4 3 2 0 0 08	
39 Distrito		40 Bairro Dihel		41 Endereço Rua Pinheiro Machado				
42 Número 331		43 Ponto de Referência Hospital Municipal Getúlio Vargas			44 (DDD) Telefone (51) 3 4 5 1 8 2 0 0			
45 O Empregador é Empresa Terceirizada 1- Sim 2 - Não 3 - Não se aplica 9- Ignorado							2	

46 Tipo de Exposição Percutânea Pele íntegra Outros _____
 1- Sim 2- Não 9- Ignorado Mucosa (oral/ ocular) Pele não íntegra

47 Material orgânico 9- Ignorado
 1-Sangue 2-Líquor 3-Líquido pleural 4-Líquido ascítico
 5-Líquido amniótico 6-Fluido com sangue 7-Soro/plasma 8-Outros: _____

48 Circunstância do Acidente
 01 - Administ. de medicação endovenosa 09 - Lavanderia
 02 - Administ. de medicação intramuscular 10 - Lavagem de material
 03 - Administ. de medicação subcutânea 11 - Manipulação de caixa com material perfurocortante
 04 - Administ. de medicação intradérmica 12 - Procedimento cirúrgico
 05 - Punção venosa/arterial para coleta de sangue 13 - Procedimento odontológico
 06 - Punção venosa/arterial não especificada 14 - Procedimento laboratorial
 07 - Descarte inadequado de material perfurocortante em saco de lixo 15 - Dextro
 08 - Descarte inadequado de material perfurocortante em bancada, cama, chão, etc... 16 - Reescape
 98 - Outros
 99 - Ignorado

49 Agente 9 - Ignorado
 1-Agulha com lúmen (luz) 2 - Agulha sem lúmen/maciça 3 - Intracath 4 - Vidros
 5 - Lâmina/lanceta (qualquer tipo) 6 - Outros 9 - Ignorado

50 Uso de EPI (aceita mais de uma opção) 1- Sim 2 - Não 9 - Ignorado
 LUVA Avental Óculos Máscara Proteção facial Bota

51 Situação vacinal do acidentado em relação à hepatite B (3 doses)
 1-Vacinado 2-Não vacinado 9-Ignorado

52 Resultados de exames do acidentado (no momento do acidente - data ZERO)
 1-Positivo 2-Negativo 3-Inconclusivo 4-Não realizado 9-Ignorado
 Anti-HIV HbsAg Anti-HBs Anti-HCV

Dados do Paciente Fonte (no momento do acidente)

53 Paciente Fonte Conhecida?
 1-Sim 2 - Não 9- Ignorado

54 Se sim, qual o resultado dos testes sorológicos?
 1-Positivo 2-Negativo 3-Inconclusivo 4 - Não Realizado 9-Ignorado
 Hbs Ag Anti-HBc
 Anti-HIV Anti-HCV

55 Conduta no momento do acidente 1- Sim 2- Não 9- Ignorado

Sem indicação de quimioprofilaxia AZT+3TC+Indinavir Vacina contra hepatite B
 Recusou quimioprofilaxia indicada AZT+3TC+Nelfinavir Outro Esquema de ARV Especifique _____
 AZT+3TC Imunoglobulina humana contra hepatite B (HBIG)

56 Evolução do Caso
 1-Alta com conversão sorológica (Especificar vírus: _____) 2-Alta sem conversão sorológica 3-Alta paciente fonte negativo
 4- Abandono 5- Óbito por acidente com exposição à material biológico 6- Óbito por Outra Causa 9- Ignorado

57 Se Óbito, Data **58** Foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho
 1-Sim 2 - Não 3- Não se aplica 9- Ignorado

Informações complementares e observações

Investigador Município/Unidade de Saúde Cód. da Unid. de Saúde
 Sapucaia do Sul / Fundação de Saúde Sapucaia do Sul 2 2 3 2 1 6 2
 Nome _____ Função _____ Assinatura _____

Hospital Municipal Getúlio Vargas/SAMU/UPA

CNPJ 13.183.513/0001-27
Rua Alegrete, 145
Sapucaia do Sul/RS - CEP: 93210-020
Fone: (51) 3451-8200 – www.fhgv.com.br

TERMO DE RESPONSABILIDADE – (Teste Rápido ao HIV)

Eu, _____, empregado(a),
ocupante do cargo de _____, matrícula nº _____,
CPF Nº _____, residente e domiciliado na
(Rua/Av.) _____, nº _____, no
município de _____, declaro ter recebido
informações quanto aos riscos do agravo do acidente de trabalho com material
biológico e o qual tive exposição. Estou devidamente informado da
possibilidade de contrair o vírus do HIV, Hepatite B e Hepatite C e dos riscos
que essas enfermidades representam.

Ciente de tais riscos:

() **Aceito** seguir o **Protocolo de Acidentes com materiais Biológicos.**

(Teste Rápido ao HIV)

() **Recuso-me** a seguir o **Protocolo de Acidentes com materiais**

Biológicos. (Teste Rápido ao HIV)

Sapucaia do Sul, ____ de _____ de _____.

Empregado(a)

Testemunha

1ª via – Saúde do Trabalhador

2ª via – Empregado(a)

Hospital Municipal Getúlio Vargas/SAMU/UPA

CNPJ 13.183.513/0001-27
Rua Alegrete, 145
Sapucaia do Sul/RS - CEP: 93210-020
Fone: (51) 3451-8200 – www.fhgv.com.br

TERMO DE RESPONSABILIDADE – (Profilaxia)

Eu, _____, empregado(a),
ocupante do cargo de _____, matrícula nº _____,
CPF Nº _____, residente e domiciliado na
(Rua/Av.) _____, nº _____,
no município de _____, declaro ter recebido
informações quanto aos riscos do agravo do acidente de trabalho com material
biológico e o qual tive exposição. Estou devidamente informado da
possibilidade de contrair o vírus do HIV, Hepatite B e Hepatite C e dos riscos
que essas enfermidades representam.

Ciente de tais riscos:

() **Aceito** realizar o **tratamento de Profilaxia pós Exposição ao HIV.**

() **Recuso-me** a realizar o **tratamento de Profilaxia pós Exposição ao HIV.**

Sapucaia do Sul, ____ de _____ de _____.

Empregado(a)

Testemunha

1ª via – Saúde do Trabalhador

2ª via – Empregado(a)

Hospital Municipal Getúlio Vargas/SAMU/UPA

CNPJ 13.183.513/0001-27
Rua Alegrete, 145
Sapucaia do Sul/RS - CEP: 93210-020
Fone: (51) 3451-8200 – www.fhgv.com.br

TERMO DE RESPONSABILIDADE – (Teste Rápido ao HIV)

Eu, _____, empregado(a),
ocupante do cargo de _____, matrícula nº _____,
CPF Nº _____, residente e domiciliado na
(Rua/Av.) _____, nº _____, no
município de _____, declaro ter recebido
informações quanto aos riscos do agravo do acidente de trabalho com material
biológico e o qual tive exposição. Estou devidamente informado da
possibilidade de contrair o vírus do HIV, Hepatite B e Hepatite C e dos riscos
que essas enfermidades representam.

Ciente de tais riscos:

() **Aceito** seguir o **Protocolo de Acidentes com materiais Biológicos.**

(Teste Rápido ao HIV)

() **Recuso-me** a seguir o **Protocolo de Acidentes com materiais**

Biológicos. (Teste Rápido ao HIV)

Sapucaia do Sul, ____ de _____ de _____.

Empregado(a)

Testemunha

1ª via – Saúde do Trabalhador

2ª via – Empregado(a)

Hospital Municipal Getúlio Vargas/SAMU/UPA

CNPJ 13.183.513/0001-27
Rua Alegrete, 145
Sapucaia do Sul/RS - CEP: 93210-020
Fone: (51) 3451-8200 – www.fhgv.com.br

TERMO DE RESPONSABILIDADE – (Profilaxia)

Eu, _____, empregado(a),
ocupante do cargo de _____, matrícula nº _____,
CPF Nº _____, residente e domiciliado na
(Rua/Av.) _____, nº _____,
no município de _____, declaro ter recebido
informações quanto aos riscos do agravo do acidente de trabalho com material
biológico e o qual tive exposição. Estou devidamente informado da
possibilidade de contrair o vírus do HIV, Hepatite B e Hepatite C e dos riscos
que essas enfermidades representam.

Ciente de tais riscos:

() **Aceito** realizar o **tratamento de Profilaxia pós Exposição ao HIV.**

() **Recuso-me** a realizar o **tratamento de Profilaxia pós Exposição ao HIV.**

Sapucaia do Sul, ____ de _____ de _____.

Empregado(a)

Testemunha

1ª via – Saúde do Trabalhador

2ª via – Empregado(a)

TERMO DE CONSENTIMENTO – PACIENTE-FONTE

Informamos que durante o seu atendimento neste hospital, um dos empregados foi vítima de um acidente em que houve contato/exposição ao seu material biológico.

Objetivando evitar que este empregado use tratamentos desnecessários, solicitamos sua autorização para a coleta de exames laboratoriais, conforme recomendações dos Ministérios da Saúde e do Trabalho e Resolução do Conselho Federal de Medicina.

Será feita coleta simples de sangue periférico e venoso sem risco de haver contaminação; haverá apenas um baixo risco de formar um hematoma ou leve desconforto no local, como há em qualquer outra coleta. Os exames serão custeados pela Instituição a fim de detectar infecção pelos vírus das hepatites B e C; HIV (AIDS) e poderão beneficiá-lo ao detectar alguma dessas doenças e encaminhá-lo ao tratamento adequado, se necessário.

Eu, _____,

RG - _____, CPF - _____, após ter sido orientado em relação à ocorrência de Acidente de Trabalho envolvendo exposição do empregado desta Instituição ao meu Material Biológico e receber informações sobre o protocolo Institucional Pós-exposição à Material Biológico:

() estou de acordo em realizar exames laboratoriais sorológicos para marcadores virais de HIV, Hepatite B e Hepatite C.

() não estou de acordo em realizar exames laboratoriais sorológicos para marcadores virais de HIV, Hepatite B e Hepatite C.

Sapucaia do Sul, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Profissional de Saúde _____ Assinatura do Paciente Fonte / e ou Assinatura do responsável

Testemunhas: _____

1ª via – Saúde do Trabalhador
2ª via – Paciente Fonte

ST-TCPPF-v03

outubro/2017

TERMO DE CONSENTIMENTO – PACIENTE-FONTE

Informamos que durante o seu atendimento neste hospital, um dos empregados foi vítima de um acidente em que houve contato/exposição ao seu material biológico.

Objetivando evitar que este empregado use tratamentos desnecessários, solicitamos sua autorização para a coleta de exames laboratoriais, conforme recomendações dos Ministérios da Saúde e do Trabalho e Resolução do Conselho Federal de Medicina.

Será feita coleta simples de sangue periférico e venoso sem risco de haver contaminação; haverá apenas um baixo risco de formar um hematoma ou leve desconforto no local, como há em qualquer outra coleta. Os exames serão custeados pela Instituição a fim de detectar infecção pelos vírus das hepatites B e C; HIV (AIDS) e poderão beneficiá-lo ao detectar alguma dessas doenças e encaminhá-lo ao tratamento adequado, se necessário.

Eu, _____,

RG - _____, CPF - _____, após ter sido orientado em relação à ocorrência de Acidente de Trabalho envolvendo exposição do empregado desta Instituição ao meu Material Biológico e receber informações sobre o protocolo Institucional Pós-exposição à Material Biológico:

() estou de acordo em realizar exames laboratoriais sorológicos para marcadores virais de HIV, Hepatite B e Hepatite C.

() não estou de acordo em realizar exames laboratoriais sorológicos para marcadores virais de HIV, Hepatite B e Hepatite C.

Sapucaia do Sul, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Profissional de Saúde _____ Assinatura do Paciente Fonte / e ou Assinatura do responsável

Testemunhas: _____

1ª via – Saúde do Trabalhador
2ª via – Paciente Fonte

ST-TCPPF-v03

outubro/2017