



FORMATO ACCIDENTES RIESGO BIOLÓGICO

INFORMACION GENERAL

NOMBRE COMPLETO:
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: C.C. [] T.I. [] No. [] EDAD: []
TELEFONO: [] SEDE: []
PROGRAMA: [] MÓDULO: []

INFORMACION ACCIDENTE

LUGAR: []
FECHA: [] HORA: []
ACTIVIDAD QUE REALIZABA CUANDO SUFRIÓ EL ACCIDENTE: []

CARACTERÍSTICAS DEL ACCIDENTE

OBJETO CON EL QUE SUFRIÓ EL ACCIDENTE: []
FORMA Y DIMENSIONES: [] CALIBRE: []
CIEGO [] HUECO [] APARIENCIA DE CONTAMINACIÓN CON SANGRE SI [] NO []
APARIENCIA DE CONTAMINACION CON PUS SI [] NO []
APARIENCIA DE CONTAMINACIÓN CON LÍQUIDOS POTENCIALMENTE CONTAMINADOS CON SANGRE SI [] NO []
SUPERFICIE EXPUESTA AL ACCIDENTE: []
LA SUPERFICIE EXPUESTA ESTABA INTACTA O LESIONADA? SI [] NO []
EN CASO AFIRMATIVO, ESPECIFIQUE LA LESIÓN: []

DESCRIPCIÓN (PENETRACIÓN DEL OBJETO CON LA RESPECTIVA PROFUNDIDAD): []

SE PORTABA GUAANTES? SI [] NO [] HUBO SANGRADO? SI [] NO []
EN QUE VOLUMEN? [] TIPO SANGRADO: ESPONTÁNEO [] PROVOCADO []
MANIOBRAS DE DESCONTAMINACIÓN: []

ESTAS MANIOBRAS SE REALIZARON CUANTO TIEMPO DESPUES DE SUCEDIDO EL ACCIDENTE? []

ESTADO DE INMUNIDAD

EXPUESTO

VACUNAS: HEPATITIS B [] TÉTANO [] OTRAS [] CUÁL: []
FECHAS DE APLICACIÓN:
HEPATITIS B: 1 [] 2 [] 3 []
TÉTANO: 1 [] 2 [] 3 [] 4 [] 5 []
OTRAS: 1 [] 2 [] 3 [] 4 [] 5 []
HA SUFRIDO OTROS ACCIDENTES DE RIESGO BIOLÓGICO? SI [] NO [] FECHA []
TIPO DE ACCIDENTE: []
HUBO REGISTRO Y SEGUIMIENTO? SI [] NO [] SE SIGUIERON LAS INDICACIONES DEL ESPECIALISTA? SI [] NO []

FUENTE

NOMBRE COMPLETO: []
DIRECCION: [] TELÉFONO: []
EDAD: [] GÉNERO: MASCULINO [] FEMENINO []
DIAGNÓSTICO: []
ESTADO DE SALUD APARENTE: BUENO [] REGULAR [] MALO []
VACUNAS: HEPATITIS B [] TÉTANO [] OTRAS [] CUÁL []
FECHAS DE APLICACIÓN:
HEPATITIS B 1 [] 2 [] 3 []
TÉTANO 1 [] 2 [] 3 [] 4 [] 5 []
OTRAS 1 [] 2 [] 3 [] 4 [] 5 []
ESTILO APARENTE DE VIDA RELACIONADO CON EL RIESGO DE EXPOSICIÓN A ENFERMEADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL []

RECIBE DROGAS ANTIRRETROVIRALES? SI [] NO []
CARGA VIRAL ACTUAL [] RECUENTO DE CD4 []

CONCEPTO DEL ESPECIALISTA

EXAMENES SOLICITADOS AL EXPUESTO CÓDIGOS: 1 [] 2 [] 3 [] 4 [] 5 []
EXAMENES SOLICITADOS A LA FUENTE CÓDIGOS: 1 [] 2 [] 3 [] 4 [] 5 []
DROGAS ANTIRRETROVIRALES SI [] NO [] NOMBRE MEDICAMENTO []
DOSIS REQUERIDA []

INSTRUCCIONES DEL ESPECIALISTA

SEGUIMIENTO SI [] NO [] CIERRE DEFINITIVO SI [] NO []
OBSERVACIONES []

FECHAS DE SEGUIMIENTO []