

Datore di lavoro:



Registro degli eventi accidentali con rischio biologico potenziale

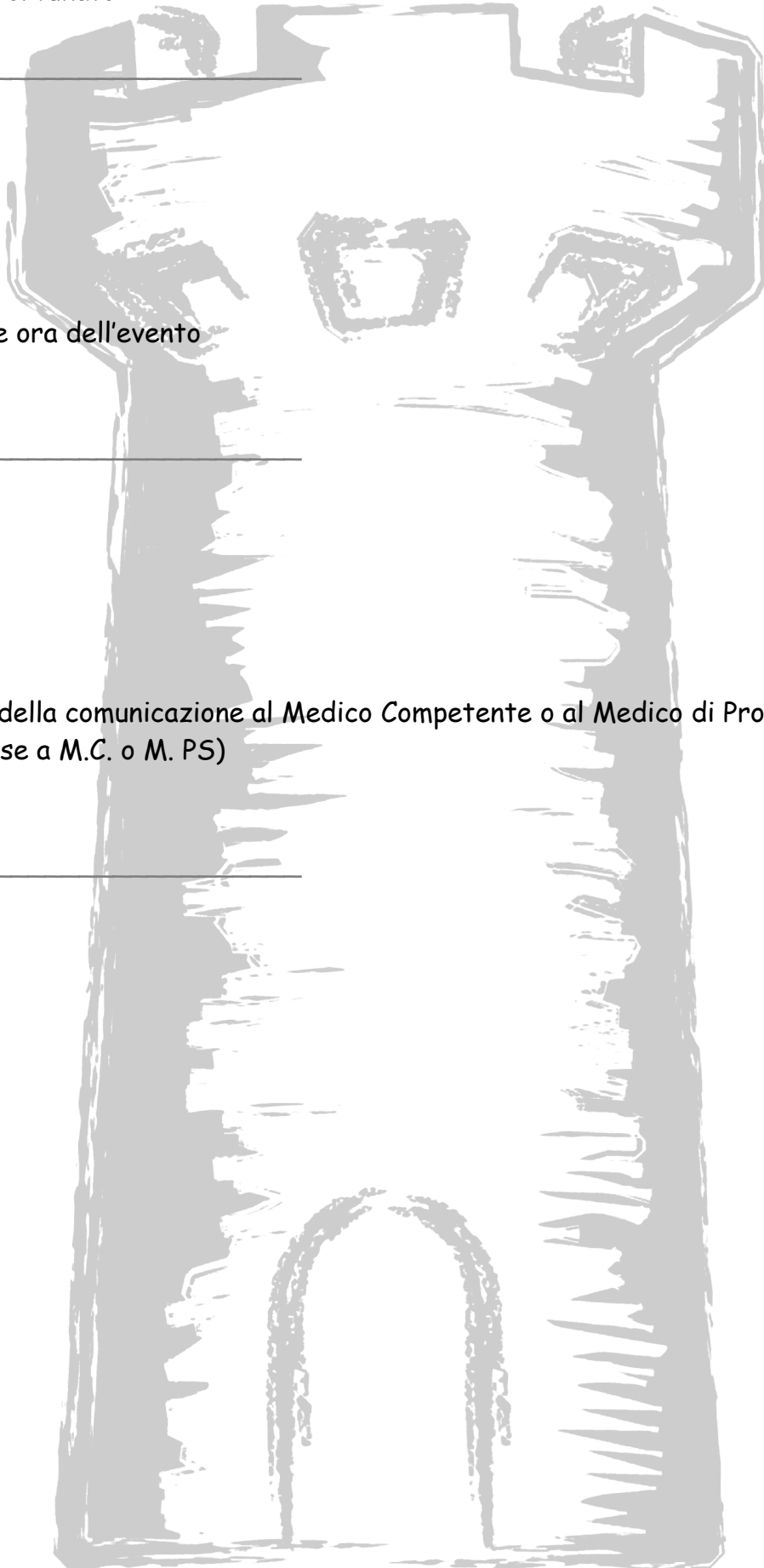
Medico competente:

Data di apertura del presente registro:

Nome dell'infortunato

Luogo, data e ora dell'evento

Data ed ora della comunicazione al Medico Competente o al Medico di Pronto Soccorso
(specificare se a M.C. o M. PS)



1 - CARATTERISTICHE DELL'INFORTUNIO

Descrizione (testo):

Classificazione:

- Ø ferita o puntura, contaminazione congiuntivale
- Ø contaminazione di cute lesa o altre mucose, morso
- Ø contaminazione di cute integra

2 - MATRICE BIOLOGICA

- Ø sangue o materiale che contiene liquido cerebro-spinale, materiale da laboratorio con carica virale elevata
- Ø liquido amniotico sinoviale, pleurico pericardico, peritoneale, tessuti, sperma o secrezioni genitali femminili, altro materiale da laboratorio
- Ø urine, vomito, saliva, feci

3 - PAZIENTE FONTE (sezione da compilare ed aggiornare non appena disponibili i dati)

- Ø HIV +
- Ø HIV non noto o che riferisce di essere sieronegativo o non disponibile
- Ø Paziente fonte negativo
- Ø HBV +
- Ø HCV +
- Ø altra situazione _____

Valutazione dell'evento

In base alle caratteristiche dell'accaduto l'evento deve essere considerato un infortunio a rischio biologico potenziale?

SI

NO

Motivazione:

Se si, compilare la sezione successiva:

Profilassi Post Esposizione

Valutazione per eventuale profilassi anti HIV o anti HBV (definita ed eseguita chiamando se necessario la Divisione Malattie Infettive dell'Ospedale di riferimento)

Consigliata

Raccomandata

Considerata

Considerazioni del medico Competente:

data ed ora della valutazione _____

Espressione del Consenso/dissenso da parte dell'infortunato

(necessaria solo in caso di PPE consigliata o considerata)

in base alle informazioni ricevute sulla probabilità di infezione correlata all'infortunio
occorso ed ai dati relativi alla frequenza di effetti indesiderati della PPE esprimo il
presente parere sulla opportunità di ricevere la terapia contro HIV e contro HBV:


firma dell'infortunato

Data e ora

firma del MC

Diario degli eventi successivi

DURATA: 12 MESI DAL GIORNO DELLA CONTAMINAZIONE

- 
- ESAMI
emocromo + formula
AST-ALT
HCVab (ELISA)
HIVab (ELISA)
HBsAb
HBsAg
HBcAb

- VISITA MEDICA

- ESAMI
HCVab (ELISA)
HIVab (ELISA)
HBsAg

- ESAMI
HCVab (ELISA)
HIVab (ELISA)
HBsAg

- ESAMI
HCVab (ELISA)
HIVab (ELISA)

- ESAMI
AST-ALT
HCVab (ELISA)
HIVab (ELISA)

- COMPILAZIONE MODULO FOLLOW UP