

**EM ATÉ 48H, O FUNCIONÁRIO ACIDENTADO DEVERÁ LEVAR O BOLETIM DE ATENDIMENTO E ENCAMINHAMENTO AO SESMT DEVIDAMENTE PREENCHIDO AO SESMT, PARA REGISTRO E INVESTIGAÇÃO DO ACIDENTE, INDEPENDENTE DE COINCIDIR COM O DIA DE FOLGA.**

**PROCEDIMENTO PARA O ATENDIMENTO EM CASO DE ACIDENTE DO TRABALHO TÍPICO****(Passo a passo)**

Deverão ser adotados **OBRIGATORIAMENTE** os seguintes passos em caso de acidentes típicos do trabalho:

**1º PASSO:** Interromper as atividades.

**2º PASSO:** O funcionário acidentado deverá comunicar imediatamente à chefia direta.

**3º PASSO:** A chefia ou o (a) Enfermeiro (a) deverá solicitar o serviço de táxi para encaminhar este funcionário ao HPSC para atendimento.

**SOLICITAÇÃO DO TÁXI:** de segunda à sexta-feira das 08:00 às 17:48, através do ramal 8048. À noite e nos finais de semana solicitar pelo ramal: 8010/8359 das 18:00 às 08:00 h (plantão administrativo).


**4º PASSO:** Após retorno do atendimento médico deverá procurar **IMEDIATAMENTE** a chefia para o preenchimento do encaminhamento ao SESMT.

**5º PASSO:** O funcionário acidentado deverá levar este encaminhamento preenchido e o boletim de atendimento para registrar o acidente no SESMT no prazo máximo de 48 h.

Será avaliado pelo Médico do Trabalho para emissão de CAT e demais encaminhamentos, independente de coincidir com o dia de folga.

Será caracterizado acidente típico quando ocorrido durante a prestação de serviços ou intervalos, dentro das dependências da instituição, incluindo-se os causados por atos de imperícia, imprudência, negligência, praticados pelo próprio funcionário ou por colegas de trabalho. Exemplos: quedas, contusões, choques elétricos, cortes, entre outros.

**TODOS OS PASSOS DEVEM SER SEGUIDOS INDEPENDENTE DO FUNCIONAMENTO DO SESMT.**

<b>ENCAMINHAMENTO AO SESMT</b> <b>(OBRIGATÓRIO o preenchimento completo)</b>					
Nome:			Matrícula:		Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Setor:	Função:	Ramal:	Tempo de Função:		Turno:
Horário de trabalho:		Expediente: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Extra <input type="checkbox"/> Troca		Após quantas horas trabalhadas:	
Tipo de Acidente: <input type="checkbox"/> Biológico <input type="checkbox"/> Típico <input type="checkbox"/> Traieto					
Local do acidente:		Possui outra atividade <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não		Atualmente exerce alguma atividade de ensino antes/após o trabalho? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	
Data: ____/____/____ Hora da ocorrência ____h ____min					
Objeto causador:			Parte do corpo atingida:		
Descrição do acidente:					
Nome da(s) testemunha(s):					
PREENCHER ITENS ABAIXO SE ENVOLVIMENTO DE MATERIAL BIOLÓGICO / ASSINAR SEMPRE					
O acidente ocorreu por:					
( ) Respingo ( ) Corte ( ) Punctório ( ) Outro:					
Lavagem exaustiva da parte atingida com água corrente ou soro fisiológico: <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM					
Nome do paciente fonte:		Funcionário ESTAVA usando EPI: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Qual(is): <input type="checkbox"/> Calçado de segurança/fechado <input type="checkbox"/> Luvas de procedimento <input type="checkbox"/> Luvas antialérgica <input type="checkbox"/> Máscara bico de pato <input type="checkbox"/> Máscara cirúrgica <input type="checkbox"/> Avental de PVC <input type="checkbox"/> Máscara N95 <input type="checkbox"/> Óculos de proteção <input type="checkbox"/> Luva de látex			
Material biológico do contato:		Outros/Quais?:			
Médico assistente do paciente fonte:					Intimação: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Patologia do					Quarto:
Nome do realizador do teste rápido: Laboratório HU Ass. / Carimbo: Data / Hora.:				Resultado do teste rápido do paciente fonte: <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo	
Foi indicado quimioprofilaxia HIV: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não					
Assinatura do funcionário:		Assinatura da chefia do setor:			
Data:					