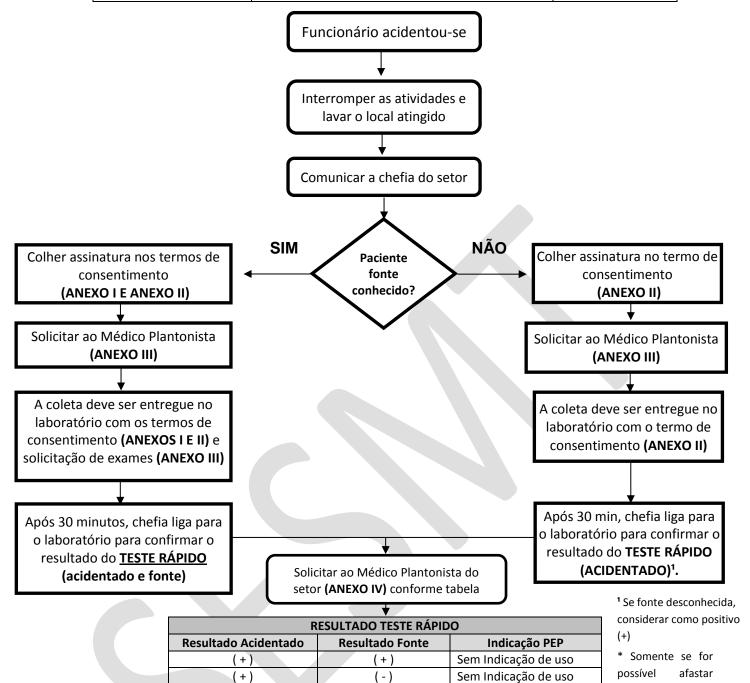


Revisão: 05 Data: 11/04/2018



ENFERMEIRA DO SETOR PREENCHE (ANEXO V) JUNTO COM O FUNCIONÁRIO E O ENCAMINHA AO SESMT.

(+)

Desconhecido

Desconhecido

(-)

(+)

* SE **RESIDENTE**, **DOUTORANDO** OU **ESTAGIÁRIO** NÃO VINCULADO AO GAMP, APÓS AVALIAÇÃO DO PLANTONISTA, DIRIGIR-SE À SUA INSTITUIÇÃO DE VINCULAÇÃO.

exposição

lasih

paciente fonte ao

HIV nos últimos 30

Indicação de uso

Indicação de uso1

Sem indicação de uso*

Sem Indicação de uso

O FUNCIONÁRIO ACIDENTADO DEVERÁ LEVAR A DOCUMENTAÇÃO DEVIDAMENTE PREENCHIDA AO SESMT EM 24 H, EM FINAIS DE SEMANA NO PRAZO DE ATÉ 48 H, PARA REGISTRO E INVESTIGAÇÃO DO ACIDENTE, INDEPENDENTEMENTE DE COINCIDIR COM O DIA DE FOLGA.



Revisão: 05 Data: 11/04/2018

PROCEDIMENTO EM CASO DE ACIDENTE DO TRABALHO COM MATERIAL BIOLÓGICO

(Passo a passo)

Deverão ser adotados **OBRIGATORIAMENTE** os seguintes passos em caso de acidentes com exposição a material biológico:

- 1º PASSO: Interromper as atividades, o funcionário acidentado deverá suspender imediatamente suas atividades.
- 2º PASSO: O funcionário acidentado deverá realizar a lavagem exaustiva da (as) área (as) atingida (as), no caso de exposição percutânea com água corrente, para exposição de mucosa com água ou soro fisiológico, lavar de 10 a 15 minutos.
- **3º PASSO:** O funcionário acidentado após a higienização do local deverá comunicar imediatamente à chefia ou o (a) Enfermeiro (a) responsável pelo local de trabalho no turno vigente.
- **4º PASSO:** O (a) Enfermeiro (a) deverá identificar o paciente fonte e o perfuro-cortante (modelo, tipo, fabricante) e, posteriormente, deverá realizar o descarte adequado deste perfuro-cortante.
- 5º PASSO: O Enfermeiro (a) deverá comunicar ao paciente fonte sobre o procedimento que será realizado, colhendo sua assinatura no termo de consentimento informado do paciente fonte (ANEXO I).
 - No caso de paciente fonte do Ambulatório, deverá orientá-lo a não sair do HU enquanto não preencher termo de consentimento e realizar a coleta:
 - O Enfermeiro (a) deverá colher a assinatura do funcionário acidentado no termo de consentimento informado (ANEXO II).
- 6º PASSO: O (a) Enfermeiro (a) irá solicitar para o médico plantonista da unidade onde ocorreu o acidente, o preenchimento da solicitação de exames (ANEXO III).
- 7º PASSO: Deverá ser realizada uma coleta de sangue do funcionário acidentado e do paciente fonte, na unidade onde ocorreu o acidente.
- **8º PASSO:** O (a) Enfermeiro (a) deverá encaminhar ao laboratório os tubos com o sangue coletado juntamente com a solicitação de exames devidamente preenchida e assinada.

O TESTE RÁPIDO É REALIZADO SOMENTE NO LABORATÓRIO!

9º PASSO: O (a) Enfermeiro (a) deverá fazer contato com o laboratório (ramal 8172), aproximadamente 30 minutos após a entrega do material, para solicitar o resultado do teste rápido do <u>FUNCIONÁRIO</u> e <u>PACIENTE FONTE</u> (caso desconhecido, considerá-lo positivo) a fim de definir pelo uso ou não da quimioprofilaxia (anti-retroviral – PEP), caso for definido o uso da medicação iniciar preferencialmente em até 2 h.

CONFORME RESULTADOS EXPRESSOS NA TABELA I, encaminhar o funcionário acidentado ao médico plantonista da unidade onde ocorreu o acidente, para o preenchimento do formulário de solicitação de antirretroviral (PEP) (ANEXO IV), sendo encaminhado à farmácia para início da quimioprofilaxia. O funcionário irá retirar na farmácia a medicação para o tratamento de 28 dias.

10º PASSO: A chefia ou o (a) Enfermeiro (a) responsável pelo local de trabalho deverá preencher o ENCAMINHAMENTO AO SESMT (ANEXO V), juntamente com o funcionário acidentado. Se o acidentado for RESIDENTE, DOUTORANDO ou ESTAGIÁRIO, após a avaliação do plantonista, deve dirigir-se à sua instituição de vinculação.

11º PASSO: O funcionário acidentado deverá levar a documentação devidamente preenchida ao SESMT em até 24, caso ocorrer em fim de semana em até 48 h, para registro e investigação do acidente, **CONSULTA COM MÉDICO DO TRABALHO** para o seguimento do tratamento e posterior emissão da CAT, no primeiro dia útil, independente de coincidir com o dia de folga.

- NO CASO DO PACIENTE FONTE SE NEGAR A REALIZAR O PROCEDIMENTO, O ACIDENTE DEVERÁ SER CONSIDERADO COMO PACIENTE FONTE DESCONHECIDA.
- CASO O FUNCIONÁRIO SE NEGUE A REALIZAR O TESTE RÁPIDO, O MESMO NÃO TEM INDICAÇÃO PARA USAR A QUIMIOPROFILAXIA.

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

SESMT – Serviços especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho



Revisão: 05 Data: 11/04/2018

ANEXO I

Termo de consentimento informado Paciente - Fonte

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

Objetivando evitar que este colaborador 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.

- 12	a casa da nacionta inconsciente, inconse ou monor, deverá cor autorizado nele reconencával logal
(II	o caso de paciente inconsciente, incapaz ou menor, deverá ser autorizado pelo responsável legal
RG:, CPF	:, após ter sido orientado em relação à ocorrência de
acidente de trabalho envolvendo	exposição de colaborador desta instituição a meu material biológico e recebe
informações sobre o protocolo ins	titucional pós-exposição a material biológico:
() ESTOU DE ACORDO	em realizar exames laboratoriais sorológicos para marcadores virais de HIV
Hepatite B e Hepatite C.	
() NÃO ESTOU DE ACORE	OO em realizar exames laboratoriais sorológicos para marcadores virais de HIV
Hepatite B e Hepatite C.	
	Canoas, de de de
	Assinatura do Paciente Fonte



Revisão: 05 Data: 11/04/2018

ANEXO II

Termo de consentimento informado Funcionário

	Eu,, matrícula:,							
função	:, setor:,							
RG:	, CPF:, após ter me envolvido em acidente com exposição à							
materi	al biológico, ATMB, e ter recebido as seguintes informações:							
	1º O risco de transmissão do vírus HIV após exposição é de 0,1% a 0,3%;							
	2º O uso adequado da profilaxia pós-exposição é capaz de reduzir o risco de transmissão, embora os							
conhec	cimentos sobre o uso de medicamentos em situações como essas ainda sejam limitados;							
	3º A indicação do tipo de profilaxia da exposição ao vírus da AIDS varia com o tipo de exposição;							
	4º O uso dos medicamentos anti-retrovirais em situações pós-exposição pode estar associado a efeitos							
advers	os e/ou colaterais os quais fui informado.							
	Portanto:							
	() estou de acordo em realizar o teste rápido para HIV e exames de marcadores virais.							
	() não estou de acordo em realizar o teste rápido para HIV e exames de marcadores virais.							
() estou de acordo em utilizar a profilaxia pós exposição ao vírus HIV.								
	() não estou de acordo em utilizar a profilaxia pós exposição ao vírus HIV e me responsabilizo pelas							
	consequências que esta decisão possa me causar, isentando a instituição e seus profissionais.							
	Conoos do do							
	Canoas, de							
	Assinatura do Funcionário Acidentado							



Revisão: 05 Data: 11/04/2018

ANEXO III

Solicitação de exames acidente de trabalho com material biológico

1 – FUNCIONÁRIO:		DATA:/					
NOME:			NÚMERO DE ATENDIMENTO:				
RG:		DATA NASCIM	IENTO:				
NOME DA MÃE:							
ENDEREÇO:			NÚMERO:				
BAIRRO:			CEP:				
CIDADE:	TEL	EFONE PARA CO	NTATO:				
SOLICITO:							
Anti HBc IgM Anti HB	S An	ti HCV					
Anti HIV MbsAg		P					
2 – PACIENTE FONTE: NOME:			NÚMERO DE ATENDIMENTO:				
RG:		DATA NASCIN	MENTO:				
NOME DA MÃE:							
ENDEREÇO:			NÚMERO:				
			11011101				
BAIRRO:			CEP:				
CIDADE:		TELEFONE PAR	A CONTATO:				
SOLICITO:		<u> </u>					
Anti HBc IgM 🔲 Anti HCV [Anti HIV						
HbsAg 🔀							
		Anningto	ura a carimba da mádica				
		ASSIIIdtu	ıra e carimbo do médico				



Revisão: 05

Data: 11/04/2018

ANEXO IV

Formulário para dispensação de retrovirais (PEP) no HU

	I - Nome do usuário (No cas	Name and Address of the Owner, where the Owner, which is the Owner,		Solicitação de Medi	- Control (Control	· · · · · · · · · · · · · · · · · · · ·			
Ì		de Recelli-Nascidi				1 1 1	ITTILL		
		1/2							
2 -	- Nº de Prontuário	3 - Data de	Nascimento	da Parturiente/Mãe do RN/Pesso		exo eminino 🔲 Ma	sculino 5 - Data da exposição		
6	- Circunstância de expo	Circunstância de exposição 7 - Nº de dias para dispensa					opulações Chave)		
	Acidente Ocupacional						ue fazem sexo com homens		
L	Exposição Sexual Cons		ăo Vertical: ○ Pessoa ○ Transes) Profissional do Sexo) Pessoas que usam álcool e outras drogas) Transexual			
-	Planejamento Reprodu Violência Sexual	Partur							
F	Outros			tada pelo HIV	O Travesti O Outras po	pulações			
						,			
	PESQUEMA PREP		(1 cc	omp. Coformulado/dia) Ovudina / Lamivudina(/		(1 comp.)	zanavir (ATV/r) + ritonavir 100mm (r)		
U.	-Esquemas arternativ	os para PEP		(2 comp./dia)		(1 0	omp./dia) (1 comp./dia)		
			Ten	ofovir / Lamivudina(TDI	F/3TC)300mg/300mg		avir/r (LPV/r)200mg+50mg		
			7id.	(1 comp./dia)	TTOTOLO		emp./dia)		
				ovudina / Lamivudina(A (2 comp./dia)		(1 cor	fovir300mg mp./dia)		
1	- Medicamentos ARV (P.	reencher no quadriculo bidores da Transcrir	a QUANTID	ADE de comp/caps/mL que dev sa Análogos de Nucleosíde	ve ser usada diaria	mente) (ITRN/ITRNt)			
	Tenofovir / Lamivudina	1 comp. de 300mg/3				(1.1.1.1.1.1.1.1.1.1.1.1.1.1.1.1.1.1.1.			
	Zidovudina / Lamivudina	comp. de 300mg / 1	50mg/dia						
	Abacavir - ABC	comp. de 300mg/dia	1		mL de sol. ora	20mg/mL /dia			
	Didanosina - ddl	caps. de 250mg/dia		caps. de 400mg /dia	ml. de sol. oral de 10mg/ml./dia				
	Estavudina - d4T				mL de sol. oral 1mg/mL/dia				
	Lamivudina - этс	comp. de 150mg/dia	a		mL de sol. oral 10mg/mL/dia				
	Tenofovir - TDF	comp. de 300 mg/di	а						
	Zidovudina - AZT	caps. de 100mg/dia		Solução injetável 10 mg/mL/dia					
4	Efavirenz - FFZ	comp. de 600 mg/dia	ranscripta		os Nucleosídeos (ITRNN)				
Efavirenz - EFZ co		comp. de 200mg/dia		caps. de 200 mg /dia	mL de sol. oral				
	Nevirapina - NVP	comp. de zoonigdia	Ini	bidores de Protease (IP)	mL de suspensão oral 10mg/mL /dia				
YIAN	Atazanavir - ATV	caps. de 200mg/dia	1	caps. de 300 mg/dia					
TAON!	,						comp. de 600mg /dia		
	Darunavir - DRV	comp. de 300mg/dia		comp. de 150mg /dia	comp. de 75mg	ruid	comp. de 600mg /dia		
THE PARTY OF THE P	-	comp. de 300mg/dia		comp. de 150mg /dia	=	ão oral 50mg/mL/dia	comp. de 600mg /dia		
AIN CALLEY ON THE	Darunavir - DRV		ng/dia	comp. de 150mg /dia Comp. de 100mg / 25mg/dia	mL de suspens				
	Darunavir - DRV Fosamprenavir - FPV	comp. de 700mg/dia	mg/dia 1		mL de suspens	ão oral 50mg/mL/dia 80mg/mL/20mg/mL			
TAOY	Darunavir - DRV Fosamprenavir - FPV Lopinavir / ritonavir - LPV/r	comp. de 700mg/dia comp. de 200mg / 50 m	1	Comp. de 100mg / 25mg/dia	mL de suspens	ão oral 50mg/mL/dia 80mg/mL/20mg/mL			
	Darunavir - DRV Fosamprenavir - FPV Lopinavir / ritonavir - LPVIr Ritonavir - RTV Saquinavir - Sov	comp. de 700mg/dia comp. de 200mg / 50 n caps. de 100mg/dia caps. mole de 200mg/di	/dia	Comp. de 100mg / 25mg/dia comp. de 100mg/dia ARV de Terceira Linha	mL de sol. oral	äo oral 50mg/mL/dia 80mg/mL / 20mg/mL i 80mg/mL/dia	ida		
The state of the s	Darunavir - DRV Fosamprenavir - FPV Lopinavir / ritonavir - LPVir Ritonavir - RTV Saquinavir - Sqv Darunavir - DRV	comp. de 700mg/dia comp. de 200mg / 50 n caps. de 100mg/dia caps. mole de 200mg/ comp. de 300mg/dia	1 Idia	Comp. de 100mg / 25mg/dia	mL de suspens	äo oral 50mg/mL/dia 80mg/mL / 20mg/mL i 80mg/mL/dia			
	Darunavir - DRV Fosamprenavir - FPV Lopinavir / ritonavir - LPWr Ritonavir - RTV Saquinavir - SQV Darunavir - DRV Enfuvirtida - T-20	comp. de 700mg/dia comp. de 200mg / 50 n caps. de 100mg/dia caps. mole de 200mg/dia comp. de 300mg/dia frascos-amp. de 90 mg	1 Idia	Comp. de 100mg / 25mg/dia comp. de 100mg/dia ARV de Terceira Linha	mL de sol. oral	äo oral 50mg/mL/dia 80mg/mL / 20mg/mL i 80mg/mL/dia	ida		
	Darunavir - DRV Fosamprenavir - FPV Lopinavir / ritonavir - LPvir Ritonavir - RTV Saquinavir - SQV Darunavir - DRV Enfuvirtida - T-20 Etravirina - ETR	comp. de 700mg/dia comp. de 200mg / 50 m caps. de 100mg/dia caps. mole de 200mg/dia caps. mole de 200mg/dia comp. de 300mg/dia frascos-amp. de 90 mg comp. de100mg/dia	1 Idia	Comp. de 100mg / 25mg/dia comp. de 100mg/dia ARV de Terceira Linha	mL de sol. oral	äo oral 50mg/mL/dia 80mg/mL / 20mg/mL i 80mg/mL/dia	ida		
	Darunavir - DRV Fosamprenavir - FPV Lopinavir / ritonavir - LPWr Ritonavir - RTV Saquinavir - SQV Darunavir - DRV Enfuvirtida - T-20	comp. de 700mg/dia comp. de 200mg / 50 n caps. de 100mg/dia caps. mole de 200mg/dia comp. de 300mg/dia frascos-amp. de 90 mg	1 Idia	Comp. de 100mg / 25mg/dia comp. de 100mg/dia ARV de Terceira Linha	mL de sol. oral	äo oral 50mg/mL/dia 80mg/mL / 20mg/mL i 80mg/mL/dia	ida		
	Darunavir - DRV Fosamprenavir - FPV Lopinavir / ritonavir - LPVir Ritonavir - RTV Saquinavir - SQV Darunavir - DRV Enfuvirtida - T-20 Etravirina - ETR Maraviroque - MVQ	comp. de 700mg/dia comp. de 200mg / 50 r caps. de 100mg/dia caps. mole de 200mg/dia caps. mole de 200mg/dia comp. de 300mg/dia frascos-amp. de 90 mg comp. de100mg/dia comp. de 150mg/dia	1 Idia	Comp. de 100mg / 25mg/dia comp. de 100mg/dia ARV de Terceira Linha	mL de sol. oral	åo oral 50mg/mL/dia 80mg/mL / 20mg/mL, 90mg/mL/dia	ida		
	Darunavir - DRV Fosamprenavir - FPV Lopinavir / ritonavir - LPVir Ritonavir - RTV Saquinavir - SQV Darunavir - DRV Enfuvirtida - T-20 Etravirina - ETR Maraviroque - MVQ Raltegravir - RAL Tipranavir - TPV	comp. de 700mg/dia comp. de 200mg / 50 r caps. de 100mg/dia caps. mole de 200mg/dia caps. mole de 200mg/dia comp. de 300mg/dia frascos-amp. de 90 mg comp. de100mg/dia comp. de 150mg/dia comp. de 400 mg/dia	1 dia /	Comp. de 100mg / 25mg/dia comp. de 100mg/dia ARV de Terceira Linha	mL de sol. oral mL de sol. oral comp. de 75mg	åo oral 50mg/mL/dia 80mg/mL / 20mg/mL 80mg/mL/dia //dia	comp. de 600mg /dia		
:- N	Darunavir - DRV Fosamprenavir - FPV Lopinavir / ritonavir - LPVir Ritonavir - RTV Saquinavir - SQV Darunavir - DRV Enfuvirtida - T-20 Etravirina - ETR Maraviroque - MVQ Raltegravir - RAL	comp. de 700mg/dia comp. de 200mg / 50 n caps. de 100mg/dia caps. mole de 200mg/dia comp. de 300mg/dia frascos-amp. de 90 mg comp. de100mg/dia comp. de 150mg/dia comp. de 400 mg/dia comp. de 400 mg/dia caps. de 250mg/dia	1 dia /	Comp. de 100mg / 25mg/dia comp. de 100mg/dia ARV de Terceira Linha comp. de 150mg /dia	mL de sol. oral mL de sol. oral comp. de 75mg	åo oral 50mg/mL/dia 80mg/mL / 20mg/mL 80mg/mL/dia //dia	ida		
	Darunavir - DRV Fosamprenavir - FPV Lopinavir / ritonavir - LPvir Ritonavir - RTV Saquinavir - SQV Darunavir - DRV Enfuvirtida - T-20 Etravirina - ETR Maraviroque - MVQ Raltegravir - RAL Tipranavir - TPV	comp. de 700mg/dia comp. de 200mg / 50 n caps. de 100mg/dia caps. mole de 200mg/ comp. de 300mg/dia frascos-amp. de 90 mg comp. de100mg/dia comp. de 150mg/dia comp. de 400 mg/dia caps. de 250mg/dia	1 ddia A gymL/dia	Comp. de 100mg / 25mg/dia comp. de 100mg/dia ARV de Terceira Linha comp. de 150mg /dia	mL de sol. oral mL de sol. oral comp. de 75mg	åo oral 50mg/mL/dia 80mg/mL / 20mg/mL 80mg/mL/dia //dia	comp. de 600mg /dia		



Revisão: 05 Data: 11/04/2018

ANEXO V

ENCAMINHAMENTO AO SESMT (OBRIGATÓRIO o preenchimento completo) Nome:						GAMP GESTIG DE SAIDE FOCADA EN HI SULTADOS BETLET ZORO Matrícula Sexo:				
Nome.							iviatric	uia	Sexo:	И 🗆 F
Setor:	Função:			Rama	ıl:		Tempo	de Funç	ão:	Turno :
Horário de trabalho:		Expediente	: Norma	ı 🗆	Extra	П т	roca	Após qua trabalhac	intas horas las:	•
Tipo de Acidente:	Biológic	co Típ	oico 🗌	Trajeto						
Local do Possui outra atividade sim Atualmente exerce alguma atividade de ensino antes/após o trabalho?							sim não			
Data:/ Hora da ocorrênciahmin										
Objeto causador:					Parte do corpo atingida:					
Descrição do acidente:					1	corpo	ating rac			
Nome da(s) testemunha(s	s):									
PREENCHER ITE	NS ABAIXO	SE ENVO	LVIMENTO	DE N	IATE	RIAL B	IOLÓG	ICO / AS	SINAR SI	MPRE
O acidente ocorreu por:	() Re	espingo () Corte () Pun	ctóric	() Outro	:		
Lavagem exaustiva da part	e atingida cor	m água corre	nte ou soro	fisiológ	gico:	□ N.	ÃO 🗆	SIM		
Nome do paciente fonte:					ncionár al(is):	Lun		egurança/fe ergica rgica	Sim chado Luvas de pro Máscara bico Avental de P	cedimento de pato
Material biológico do conta	ito:			Outros/	/Quais?:	Luv	a de látex		Óculos de pr	
Médico assistente do paciente fonte:				1					Inte	ernação:
Patologia do									Quarto:	
Nome do realizador do tes Ass. / Carimbo: Data / Hora.:	te rápido: Lal	ooratório HU	ı					Resultad paciente Posi	lo do teste fonte:	rápido do
Foi indicado quimioprofila	da HIV:		Sim		Não)				
Data:	Assinatura (do funcionár	io:			Ass	sinatura	da chefia	do setor:	