


ENCAMINHAMENTO AO SESMT (OBRIGATÓRIO o preenchimento completo)				 GAMP <small>GESTÃO DE SAÚDE FOCADA EM RESULTADOS DESDE 2006</small>	
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			
Material biológico do contato:		Qual(is):			
		<input type="checkbox"/> Calçado de segurança/fechado			
		<input type="checkbox"/> Luvas antialérgica <input type="checkbox"/> Luvas de procedimento			
		<input type="checkbox"/> Máscara cirúrgica <input type="checkbox"/> Máscara bico de pato			
		<input type="checkbox"/> Máscara N95 <input type="checkbox"/> Avental de PVC			
		<input type="checkbox"/> Luva de látex <input type="checkbox"/> Óculos de proteção			
Médico assistente do paciente fonte:					Internação: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Patologia do paciente fonte:					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					
Data:	Assinatura do funcionário:		Assinatura da chefia do setor:		