




RESULTADO TESTE RÁPIDO		
Resultado Acidentado	Resultado Fonte	Indicação PEP
(+)	(+)	Sem Indicação de uso
(+)	(-)	Sem Indicação de uso
(-)	(+)	Indicação de uso
(-)	(-)	Sem indicação de uso*
(+)	Desconhecido	Sem Indicação de uso
(-)	Desconhecido	Indicação de uso ¹



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

* Somente se for possível afastar exposição do paciente fonte ao HIV nos últimos 30 dias!

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

	<p align="center">Fluxograma - CAPS Procedimento em caso de acidente do trabalho com material BIOLÓGICO</p>	<p align="right">Revisão: 02 Data: 11/04/2018</p>
----------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------

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).

- Em caso de paciente fonte, orientá-lo a não sair do local, enquanto não preencher o termo de consentimento e realizar a coleta;
- Em caso de paciente desconhecido, coletar amostra sanguínea somente do funcionário acidentado.
- O Enfermeiro (a) deverá colher a assinatura do funcionário acidentado no termo de consentimento informado (ANEXO II).

6º PASSO: As coletas de sangue devem ser realizados **no CAPS onde ocorreu o acidente**.

7º PASSO: Solicitar o transporte para o Hospital Universitário através do contato telefônico 34788048 ou 34788178 conforme definido no fluxograma acima.

8º PASSO: O funcionário acidentado deverá deslocar-se ao HU portando a caixa identificada de isopor e os tubos de coleta laboratorial, juntamente com os anexos I, II, III e IV. A guarda e conservação da caixa de isopor de transporte é de responsabilidade de cada CAPS, bem como a reposição e a validade dos tubos de coleta laboratorial.

9º PASSO: O funcionário ao chegar no HU deverá dirigir-se ao **PA Obstétrico (1º andar)**, apresentar-se para o(a) enfermeiro (a) do setor.

Este enfermeiro (a) irá solicitar para o médico plantonista o preenchimento da solicitação de exames (ANEXO III).

O TESTE RÁPIDO É REALIZADO SOMENTE NO LABORATÓRIO!


10º PASSO: A coleta deve ser entregue no **Laboratório do HU (2º andar)** com os termos de consentimento (anexo I e II) e solicitação de exames (anexo III). Aguardar aproximadamente 30 minutos após a entrega do material, para solicitar o resultado do teste rápido do FUNCIONÁRIO e PACIENTE FONTE (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.

11º PASSO: Após a liberação dos resultados laboratoriais, o acidentado deve retornar ao PA Obstétrico para que o plantonista médico avalie e oriente a necessidade ou não da quimioprofilaxia.

CONFORME RESULTADOS EXPRESSOS NA TABELA I o plantonista médico assina o formulário de solicitação de antirretroviral (PEP) (ANEXO IV), e encaminha o acidentado à **Farmácia (Subsolo)** para início da quimioprofilaxia. O funcionário irá retirar na farmácia a medicação para o tratamento de 28 dias.

12º 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. **Este documento deve estar junto com o funcionário no momento do deslocamento para o HU.**

13º PASSO: O funcionário acidentado deverá levar a documentação devidamente preenchida ao SESMT em até 24h. Caso o acidente ocorra em fim de semana, apresentar-se no SESMT em até 48h para registro, investigação do acidente e **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.

 GAMP <small>GESTÃO DE SAÚDE FOCADA EM RESULTADOS DESDE 2006</small>	<u>Fluxograma - CAPS</u> Procedimento em caso de acidente do trabalho com material BIOLÓGICO	Revisão: 02 Data: 11/04/2018
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------

- 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

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.

Eu, _____
(no 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 receber informações sobre o protocolo institucional 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 ACORDO** em realizar exames laboratoriais sorológicos para marcadores virais de HIV, Hepatite B e Hepatite C.

Canoas, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Paciente Fonte

ANEXO II

Termo de consentimento informado Funcionário

Eu, _____, matrícula: _____,

função: _____, setor: _____,

RG: _____, CPF: _____, após ter me envolvido em acidente com exposição à material 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 conhecimentos 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 adversos 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.

Canoas, ____ de _____ de _____.

Assinatura do Funcionário Acidentado

ANEXO III

Solicitação de exames acidente de trabalho com material biológico

1 – FUNCIONÁRIO:

DATA: ____/____/____

NOME:		NÚMERO DE ATENDIMENTO:
RG:	DATA NASCIMENTO:	
NOME DA MÃE:		
ENDEREÇO:		NÚMERO:
BAIRRO:		CEP:
CIDADE:	TELEFONE PARA CONTATO:	

SOLICITO:

Anti HBc IgM ☒ Anti HBS ☒ Anti HCV ☒
 Anti HIV ☒ HbsAg ☒ TGP ☒

Assinatura e carimbo do médico

2 – PACIENTE FONTE:

NOME:		NÚMERO DE ATENDIMENTO:
RG:	DATA NASCIMENTO:	
NOME DA MÃE:		
ENDEREÇO:		NÚMERO:
BAIRRO:		CEP:
CIDADE:	TELEFONE PARA CONTATO:	

SOLICITO:

Anti HBc IgM ☒ Anti HCV ☒ Anti HIV ☒
 HbsAg ☒

Assinatura e carimbo do médico

ANEXO IV

Formulário para dispensação de retrovirais (PEP) no HU

Formulário de Solicitação de Medicamentos - Profilaxia			
1 - Nome do usuário (No caso de Recém-Nascido informe o nome da mãe)			
2 - Nº de Prontuário	3 - Data de Nascimento da Parturiente/Mãe do RN/Pessoa Exposta	4 - Sexo <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino	5 - Data da exposição
6 - Circunstância de exposição <input type="checkbox"/> Acidente Ocupacional <input type="checkbox"/> Exposição Sexual Consentida <input type="checkbox"/> Planejamento Reprodutivo <input type="checkbox"/> Violência Sexual <input type="checkbox"/> Outros _____		7 - Nº de dias para dispensa <input type="checkbox"/> Parturiente <input type="checkbox"/> RN de mãe infectada pelo HIV	
		8 - Categoria de usuário (Populações Chave) <input type="radio"/> Gays e outros homens que fazem sexo com homens <input type="radio"/> Profissional do Sexo <input type="radio"/> Pessoas que usam álcool e outras drogas <input type="radio"/> Transexual <input type="radio"/> Travesti <input type="radio"/> Outras populações	
9 - Esquema preferencial para PEP		<input checked="" type="checkbox"/> Tenofovir / Lamivudina (TDF/3TC) 300mg/300mg + Atazanavir 300mg (ATV) + ritonavir 100mg (r) (1 comp. Coformulado/dia) (1 comp./dia) (1 comp./dia)	
10 - Esquemas alternativos para PEP		<input type="checkbox"/> Zidovudina / Lamivudina (AZT/3TC) 300mg/150mg + Atazanavir (ATV/r) + ritonavir 100mg (r) (2 comp./dia) (1 comp./dia) (1 comp./dia) <input type="checkbox"/> Tenofovir / Lamivudina (TDF/3TC) 300mg/300mg + Lopinavir/r (LPV/r) 200mg+50mg (1 comp./dia) (4 comp./dia) <input type="checkbox"/> Zidovudina / Lamivudina (AZT/3TC) 300mg/150mg + Tenofovir 300mg (2 comp./dia) (1 comp./dia)	
11 - Medicamentos ARV (Preencher no quadrículo a QUANTIDADE de comp/caps/mL que deve ser usada diariamente)			
Inibidores da Transcriptase Reversa Análogos de Nucleosídeos/Nucleotídeos (ITRN/ITRNT)			
ANTIRETROVIRAL	Tenofovir / Lamivudina	<input type="text" value="1"/>	comp. de 300mg / 300mg/dia
	Zidovudina / Lamivudina	<input type="text"/>	comp. de 300mg / 150mg/dia
	Abacavir - ABC	<input type="text"/>	comp. de 300mg/dia
	Didanosina - ddi	<input type="text"/>	caps. de 250mg/dia
	Estavudina - d4T	<input type="text"/>	caps. de 400mg/dia
	Lamivudina - 3TC	<input type="text"/>	mL de sol. oral 20mg/mL/dia
	Tenofovir - TDF	<input type="text"/>	mL de sol. oral 10mg/mL/dia
	Zidovudina - AZT	<input type="text"/>	mL de sol. oral 10mg/mL/dia
	Inibidores da Transcriptase Reversa Não Análogos Nucleosídeos (ITRNN)		
	Efavirenz - EFZ	<input type="text"/>	comp. de 600 mg/dia
	Nevirapina - NVP	<input type="text"/>	caps. de 200 mg/dia
	Inibidores de Protease (IP)		
	Atazanavir - ATV	<input type="text"/>	comp. de 300 mg/dia
	Darunavir - DRV	<input type="text"/>	comp. de 150mg/dia
	Fosamprenavir - FPV	<input type="text"/>	comp. de 75mg/dia
Lopinavir / ritonavir - LPV/r	<input type="text"/>	comp. de 600mg/dia	
Ritonavir - RTV	<input type="text"/>	comp. de 100mg / 25mg/dia	
Saquinavir - SQV	<input type="text"/>	comp. de 100mg/dia	
ARV de Terceira Linha			
Darunavir - DRV	<input type="text"/>	comp. de 150mg/dia	
Enfuvirtida - T-20	<input type="text"/>	comp. de 75mg/dia	
Etravirina - ETR	<input type="text"/>	comp. de 600mg/dia	
Maraviroque - MVQ	<input type="text"/>	comp. de 100mg/dia	
Raltegravir - RAL	<input type="text"/>	comp. de 150mg/dia	
Tipranavir - TPV	<input type="text"/>	comp. de 400 mg/dia	
12 - Médico Data ____/____/____ CRM : _____ (carimbo e assinatura)			
13 - Farmacêutico responsável Data ____/____/____ CRF : _____ (carimbo e assinatura)			
14 - Recebi em ____/____/____ (assinatura do usuário)			
Formulário de preenchimento obrigatório conforme Art. 54 da Port. 344, de 12 de maio de 1998, ANVISA / MS, publicada no D.O.U de 19 de maio de 1998.			

