

Acidente de Trabalho COM Material Biológico

No horário entre 08:00 – 12:00 e das 13:00 - 17:00 de segunda a sexta-feira procurar o SESMT, fora dos dias e horários citados a chefia ficará responsável por todo o processo.

1. Comunicar a liderança;
2. Imprimir formulários de acidente de trabalho (disponível na área de trabalho de todos os computadores) e preencher registro/notificação de acidente (*anexo 1,2,3,4,5,6 e 7);
3. Encaminhar funcionário para emergência;
4. Confeccionar Ficha de Atendimento;
5. Passar por consulta com médico da emergência;
6. Médico emergência solicita exames (anexo 5);
7. Anexar cópia Ficha de Atendimento a ficha de notificação de acidente (anexos 1,2,3,4,5,6 e 7) e SINAN;
8. **Fonte Desconhecida;**
 - 8.1 Coletar exames laboratoriais (anexo 5) e realizar teste rápido para HIV, HCV, Lues e Anti-HBsAg no funcionário (disponíveis na farmácia e devem ser realizados pelos enfermeiros);
 - 8.2 Funcionário apresenta-se no SESMT até o primeiro dia útil após o acidente para entrega de documentos (anexos + cópia atendimento + SINAN).
9. **Fonte Conhecida**
 - 9.1 Coletar exames laboratoriais do paciente fonte e funcionário (anexo 5);
 - 9.2 Teste rápido no paciente fonte e no funcionário para HIV, HCV, Lues e Anti-HBsAg (disponíveis na farmácia e devem ser realizados pelos enfermeiros);
 - 9.3 Médico avalia material e grau de exposição biológica;
 - 9.4 **Teste HIV negativo para fonte e para o funcionário:**
 - 9.4.1 Funcionário apresenta-se no SESMT até o primeiro dia útil após o acidente para entrega de documentos (anexos + cópia atendimento + SINAN).
 - 9.5 **Teste HIV positivo para paciente e negativo funcionário:**
 - 9.5.1 Após avaliação do médico caso haja risco de transmissão de HIV, médico indica retro viral profilático em receituário padrão do MS;
 - 9.5.2 Retirar medicação na farmácia e iniciar tratamento;
 - 9.5.3 Funcionário apresenta-se no SESMT até o primeiro dia útil após o acidente para entrega de documentos (anexos + cópia atendimento + SINAN).
 - 9.6 **Teste HIV negativo para paciente e positivo para funcionário:**
 - 9.6.1 Funcionário apresenta-se no SESMT até o primeiro dia útil após o acidente para entrega de documentos (anexos + cópia atendimento + SINAN).



Recomendações para quimioprofilaxia após a Exposição Ocupacional ao HIV		
Tipo de exposição	Material Fonte	Profilaxia ¹
Percutânea:	Sangue ³ risco mais elevado risco aumentado sem risco aumentado Líquido orgânico contendo sangue visível, outro líquido ou tecido ⁵ potencialmente infeccioso Outro líquido corporal (p. ex. urina)	Recomendar Recomendar Oferecer ¹ Oferecer ¹ Não oferecer ²
De Mucosa:	Sangue Líquido orgânico contendo sangue visível, outro líquido ou tecido ⁵ potencialmente infeccioso Outro líquido corporal (p. ex. urina)	Oferecer ¹ Oferecer ¹ Não oferecer ²
De pele, risco aumentado :⁶	Sangue Líquido orgânico contendo sangue visível, outro líquido ou tecido ⁵ potencialmente infeccioso Outro líquido corporal (p. ex. urina)	Oferecer ¹ Oferecer ¹ Não oferecer ²

1. Oferecer: a profilaxia pós-exposição deve ser oferecida ao profissional exposto, com aconselhamento.
2. Não oferecer: a profilaxia pós-exposição não deve ser oferecida, pois não houve exposição ocupacional ao HIV.
3. Risco mais elevado: presença de dois fatores de risco: maior volume de sangue (p. ex. ferimento por agulha de grosso calibre) e sangue contendo alto teor de HIV (p. ex. doença retroviral aguda ou Aids terminal).
4. Risco aumentado: presença de um ou dois fatores de risco. Sem risco aumentado: ausência de ambos os fatores de risco.
5. Inclui: sêmen, secreção vaginal, líquido, líquido sinovial, peritoneal, pericárdio e amniótico.
6. Para a pele, o risco maior para exposição que envolva uma alta carga de HIV, contato prolongado, área extensa ou uma área na qual a integridade da pele está visivelmente comprometida; para exposição de pele sem maior risco, o risco de toxicidade ultrapassa o benefício da profilaxia pós-exposição.

Observações:

- a) Em situações em que a condição sorológica do paciente-fonte não for conhecida deve-se:
 - iniciar esquema anti-retroviral de acordo com a graduação do risco do acidente; e
 - solicitar sorologia para HIV do paciente-fonte e, caso este seja negativo, suspender a quimioprofilaxia.
- b) Deve-se solicitar sorologia para HIV imediatamente após o acidente para todo indivíduo que sofra exposição ocupacional ao HIV. Caso o resultado do teste seja positivo, encaminhar para acompanhamento específico.

Fonte: Recomendações para Terapia Antirretroviral em Adultos e Adolescentes Infectados pelo HIV /2007, estabelecido pelo Ministério da Saúde.

+ **GRAVE** - agulhas com lúmen/grosso calibre, lesão profunda, sangue visível no dispositivo usado ou agulha usada recentemente em artéria ou veia do paciente.

- **GRAVE** - lesão superficial, agulha sem lúmen.

PEQUENO VOLUME – poucas gotas de material biológico de risco, curta duração.

GRANDE VOLUME – contato prolongado ou grande quantidade de material biológico de risco

material biológico **com** risco de transmissão do HIV: sangue, sêmen, secreção vaginal, líquido, tecidos, exsudatos inflamatórios, cultura de células, líquido pleural, pericárdico, peritoneal, articular e amniótico

material biológico **sem** risco de transmissão do HIV: urina, fezes, escarro, vômitos, lágrima, exceto com presença de sangue.

Quando o tipo de exposição não possui risco conhecido de transmissão pelo HIV, o profissional que atender o acidentado deve esclarecer que o risco de toxicidade dos antirretrovirais ultrapassa o benefício da quimioprofilaxia.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

1. Recomendações para Terapia Antirretroviral em Adultos e Adolescentes Infectados pelo HIV. 2007. Departamento Nacional de DST/Aids.
2. Exposição à Materiais Biológicos. 2005. Protocolos Médicos Assistenciais de Complexidade Diferenciada. Área Técnica de Saúde do Trabalhador.

Quem preenche os anexos?

Anexo 1 e 2: Chefia

Anexo 3: Médico da emergência que realizou atendimento

Anexo 4 e 5: Funcionário Acidentado

Anexo 6 e 7: Enfermeiro que realizou os testes

ANEXO1-REGISTRO E INVESTIGAÇÃO DE ACIDENTE DE TRABALHO

Classificação do acidente					
() Acidente atípico –trajeto para trabalho ou residência		() Com material Biológico			
() Típico – durante a atividade Laboral		() Sem Material Biológico			
Identificação do Funcionário					
Nome Completo:_____					
Setor:_____ Função:_____ Nº Crachá:_____ Tempo Formado:____ anos					
Informações do acidente					
Data Acidente:___/___/___		Horário: ___ h___ mim			
Data Atendimento ___/___/___		Horário:___ h___ min			
Data Registro:___/___/___		Horário: ___ h___ mim			
Fonte se conhecida : Nome Completo:_____ Leito_____					
Local onde ocorreu o acidente:_____					
Parte do corpo atingida:_____					
Descrição detalhada do acidente:_____					
Tipo de Perfuro-cortante:					
() Agulha 13x4	() Agulha 25x7	() Agulha 40x12			
() Abocath	() Lâmina Bisturi	() Agulha Coleta de Sangue			
() Lanceta	() Seringa Agulhada	() Scalp			
Observações do SESMT					
			Responsável SESMT		
Assinatura do Funcionário Ou Responsável			Assinatura responsável pelo Preenchimento e carimbo		
Porto Alegre, ____ de _____ de _____. 					

ANEXO2-REGISTRO DE ACIDENTE COM MATERIAL BIOLÓGICO

Análise da exposição		
1. Vacina hepatite B () Sim () Não Dose 1 ____/____/____ 2 ____/____/____ 3 ____/____/____		
2. Via de exposição () percutânea () mucosa () pele () pele não integra		
3. Tipo de material biológico () Sangue () Outro: _____		
4. Volume de material biológico: () Pequeno (Poucas Gotas) () Grande (varias gotas, grandes respingos)		
5. Severidade da exposição: () Pouco severo (Agulha sutura, ferimento superficial) () Muito Severo (Agulha de maior diâmetro, sangue visível, perfuração profunda)		
Identificação da fonte (paciente)		
() Fonte conhecida () Fonte Desconhecida		
Nome completo _____		
Unidade: _____	Leito: _____	Nº Registro _____
Teste Rápido HIV: () Positivo () Negativo () Não Realizado		
Teste Rápido HCV: () Positivo () Negativo () Não Realizado		
Teste Rápido LUES: () Positivo () Negativo () Não Realizado		
Teste rápido HBsAg: () Positivo () Negativo () Não Realizado		
Conduta Inicial		
() Quimioprofilaxia recomendada: Tenofovir/Lamivudina 300mg/300mg + Dolutegravir 50mg 1comp./dia 1comp./dia		
() Quimioprofilaxia não recomendada		
() Funcionário recusou –se fazer uso da quimioprofilaxia		
() Quimioprofilaxia não recomendada, porem dispensada por solicitação do Funcionário:*		
Tenofovir/Lamivudina 300mg/300mg + Dolutegravir 50mg 1comp./dia 1comp./dia		
Assinatura Enfermeiro responsável Pelo Preenchimento Carimbo	Assinatura Funcionário	
Porto Alegre, ____ de ____ de ____.		
*Somente em caso de HIV Positivo para fonte e com Exposição Ocupacional classificada como não oferecer		



ANEXO3-AVALIAÇÃO DO PLANTÃO MEDICO PÓS ACIDENTE DE TRABALHO

1. Identificação do Funcionario
Nome completo: _____
Setor: _____ Função: _____ Horário: ____h ____min
2. Descrição da Natureza da lesão:
3. Provável diagnóstico:
4. CID:
5. Encaminhamento para atendimento em outro Hospital: () Sim () Não
5.1. Local de encaminhamento para atendimento:
6. Encaminhamento para Médica do trabalho: () Sim () Não
7. Afastamento das atividades laborais: () Não () Sim por ____ dias
8. Teste rápido para HIV: () Positivo () Negativo () Não Realizado Teste rápido para HCV: () Positivo () Negativo () Não Realizado Teste rápido para LUES: () Positivo () Negativo () Não Realizado Teste rápido para HBsAg: () Positivo () Negativo () Não Realizado
9. Observações:
<div>Assinatura do Funcionario</div> <div>Assinatura e Carimbo Médico Plantão</div> <div>Porto Alegre, ____ de _____ de ____.</div>

OBS.: Anexar cópia do FAMAU(Boletim de atendimento)

ANEXO 4-SERVIÇO DE EPIDEMIOLOGIA HOSPITALAR

PROGRAMA DE CONTROLE DE ACIDENTE COM MATERIAL BIOLÓGICO

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

- O presente formulário deve ser preenchido pelo funcionário.

Porto Alegre, ____ de ____ de ____.

Eu _____ crachá nº _____ exercendo a função de _____ no setor _____ da Associação Hospitalar Vila Nova, situado á Rua Catarino Andreatta, 155 declaro que fui esclarecido(a) pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar e/ou Serviço de Medicina do Trabalho desta instituição, da importância do tratamento para PROFILAXIA PÓS-EXPOSIÇÃO OCUPACIONAL ao HIV, disponível a todos os funcionários. Ao qual concordo em me submeter integralmente às orientações determinadas, comparecendo às consultas agendadas e realizando os exames necessários para proteção individual durante a realização dos procedimentos;

- Da importância do uso de Equipamentos de Proteção Individual durante a realização dos procedimentos;
- Do risco de transmissão do HIV pós-exposição ocupacional de 0.1-0,3%
- Da quimioprofilaxia indicada para o grau de risco de exposição;
- Que os conhecimentos sobre a quimioprofilaxia pós-exposição ocupacional ao HIV são limitados
- Os efeitos colaterais de outros agentes, que não a zidovudina (AZT), é limitada quanto à toxicidade em pessoas sem infecção pelo HIV ou que estão grávidas;
- Algumas ou todas as drogas podem não ser toleradas pelos profissionais expostos;
- A única droga cujo uso em gestantes se mostrou segura foi a zidovudina (AZT);
- Dos efeitos colaterais das drogas recomendadas;
- Em todos os casos de exposição será emitida uma comunicação de acidente de trabalho (CAT), por esta Instituição.

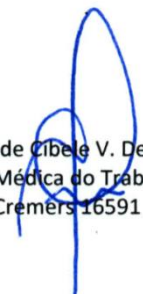
Desta forma isento a Associação Hospitalar Vila Nova de qualquer responsabilidade decorrente da exposição a material biológico e suas consequências, bem como em casos de optar pela interrupção do presente tratamento.

Assinatura Funcionário (a)

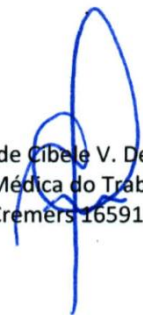
SCIH/SESMT



ANEXO 5- EXAMES LABORATORIAIS POR ACIDENTE DE TRABALHO

Identificação do Funcionário			
Nome Completo: _____			
Nome da Mãe: _____			
Data de Nascimento: ____ / ____ / ____			
Setor: _____		Turno: _____	Nº Cartão ponto: _____
Solicitação de Exames – Frasco Vermelho e Roxo			
(x) HbsAg	(x) Anti-HBs	(x) TGP	(x) Creatinina
(x) Anti-HIV	(x) Anti-HCV	(x) Glicose	(x) Fosfatase alcalina
(x) Anti HBc Igm	(x) TGO/TGP	(x) Uréia	(x) Hemograma completo
 Dra Cleide Cibele V. De Pietro Médica do Trabalho Cremers 16591			
Porto Alegre, ____ / ____ / ____			

EXAMES LABORATORIAIS POR ACIDENTE DE TRABALHO

Identificação da Fonte (Paciente) – Frasco vermelho		
Nome Completo: _____		
Leito: _____		
Setor: _____	Nº Registro: _____	
Solicitação de Exames		
(x) HbsAg	(x) Anti-HCV	
(x) Anti-HIV	(x) Anti HBc Igm	
 Dra Cleide Cibele V. De Pietro Médica do Trabalho Cremers 16591		
Porto Alegre, ____ / ____ / ____		



6-LAUDO DE TESTE RÁPIDO DO FUNCIONÁRIO

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nº do Registro: _____ Nº do Cartão SUS: _____
Nome do Paciente: _____
Nome da Mãe: _____
RG/ CPF: _____ Data de Nascimento: ____/____/____ Sexo : () M () F

II-TESTES RÁPIDOS PARA DETECÇÃO DE ANTICORPOS **ANTI-HIV** / MÉTODO IMUNOCROMATOGRÁFIA **Amostra: sangue total**

TESTE 1: <input type="checkbox"/> Med t <input type="checkbox"/> -Manguinhos <input type="checkbox"/> Abon	RESULTADO: <input type="checkbox"/> Não Reagente <input type="checkbox"/> Reagente
Lote: _____ Validade: _____	
TESTE 2: <input type="checkbox"/> Bioeasy <input type="checkbox"/> Bio-Manguinhos <input type="checkbox"/> Abon	RESULTADO: <input type="checkbox"/> Não Reagente <input type="checkbox"/> Reagente
Lote: _____ Validade: _____	
INTERPRETAÇÃO DO RESULTADO – DIAGNÓSTICO	
<input type="checkbox"/> AMOSTRA NÃO REAGENTE PARA O HIV <input type="checkbox"/> AMOSTRA REAGENTE PARA O HIV	

OBS: Conforme Portaria SVS/MS Nº151, 14 de outubro de 2009.

- 1) A amostra com resultado **Não Reagente** no Teste Rápido 1 (TR1), deverá ser repetida em 30 dias caso o paciente esteja em janela imunológica.
- 2) A manutenção do resultado **Não Reagente** depende de práticas seguras.
- 3) Amostra com resultado **Reagente** no TR1, deverá ser submetida ao teste rápido 2 (TR2).

HBsAg(Hepatite B) TESTE Bioclin Lote: _____ Validade: _____	RESULTADO: <input type="checkbox"/> Não Reagente <input type="checkbox"/> Reagente
HCV (Hepatite C) TESTE Alere Lote: _____ Validade: _____	RESULTADO: <input type="checkbox"/> Não Reagente <input type="checkbox"/> Reagente
Sífilis TESTE Imuno-rápido Lote: _____ Validade: _____	RESULTADO: <input type="checkbox"/> Não Reagente <input type="checkbox"/> Reagente

OBS: Amostra com teste rápido **reagente** deverá ser coletado exames laboratoriais (Anti-HCV/HBAsg e VDRL)

Data: ____/____/____

Hora: ____:____

Responsável técnico pela realização do exame
Assinatura e carimbo do Enfermeiro.

IV-IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO

SERVIÇO DE TESTAGEM RÁPIDA : ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR VILA NOVA _____

Endereço e telefone : Rua Catarino Andreatta, nº 155. Fone: (51) 3245 8900 _____



7-LAUDO DE TESTE RÁPIDO DA FONTE

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nº do Registro: _____ Nº do Cartão SUS: _____
Nome do Paciente: _____
Nome da Mãe: _____
RG/ CPF: _____ Data de Nascimento: ____/____/____ Sexo : ()M () F

II-TESTES RÁPIDOS PARA DETECÇÃO DE ANTICORPOS **ANTI-HIV** / MÉTODO IMUNOCROMATOGRÁFIA **Amostra: sangue total**

TESTE 1: <input type="checkbox"/> Med t <input type="checkbox"/> -Manguinhos <input type="checkbox"/> Abon	RESULTADO: <input type="checkbox"/> Não Reagente <input type="checkbox"/> Reagente
Lote: _____ Validade: _____	
TESTE 2: <input type="checkbox"/> Bioeasy <input type="checkbox"/> Bio-Manguinhos <input type="checkbox"/> Abon	RESULTADO: <input type="checkbox"/> Não Reagente <input type="checkbox"/> Reagente
Lote: _____ Validade: _____	
INTERPRETAÇÃO DO RESULTADO – DIAGNÓSTICO	
<input type="checkbox"/> AMOSTRA NÃO REAGENTE PARA O HIV <input type="checkbox"/> AMOSTRA REAGENTE PARA O HIV	

OBS: Conforme Portaria SVS/MS Nº151, 14 de outubro de 2009.

- 1) A amostra com resultado **Não Reagente** no Teste Rápido 1 (TR1), deverá ser repetida em 30 dias caso o paciente esteja em janela imunológica.
- 2) A manutenção do resultado **Não Reagente** depende de práticas seguras.
- 3) Amostra com resultado **Reagente** no TR1, deverá ser submetida ao teste rápido 2 (TR2).

HBsAg(Hepatite B) TESTE Bioclin Lote: _____ Validade: _____	RESULTADO: <input type="checkbox"/> Não Reagente <input type="checkbox"/> Reagente
HCV (Hepatite C) TESTE Alere Lote: _____ Validade: _____	RESULTADO: <input type="checkbox"/> Não Reagente <input type="checkbox"/> Reagente
Sífilis TESTE Imuno-rápido Lote: _____ Validade: _____	RESULTADO: <input type="checkbox"/> Não Reagente <input type="checkbox"/> Reagente

OBS: Amostra com teste rápido **reagente** deverá ser coletado exames laboratoriais (Anti-HCV/HBAsg e VDRL)

Data: ____/____/____

Hora: ____:____

Responsável técnico pela realização do exame
Assinatura e carimbo do Enfermeiro.

IV-IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO

SERVIÇO DE TESTAGEM RÁPIDA : ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR VILA NOVA _____

Endereço e telefone : Rua Catarino Andreatta, nº 155. Fone: (51) 3245 8900 _____