

PROJETO RISCOBIOLOGICO.ORG

SISTEMA DE VIGILÂNCIA PSBIO

Ficha enviada ao Riscobiologico.org em ___/___/___

Reenviada em ___/___/___

Reenviada em ___/___/___

Informações que permitam a identificação pessoal do trabalhador acidentado ou do paciente-fonte (como nome, telefone, endereço) são **SIGILOSOS e NÃO SÃO ENVIADOS** para o Projeto Riscobiologico.org.

INFORMAÇÕES SOBRE O PROFISSIONAL DE SAÚDE ACIDENTADO

1. NOME:

2. PRONTUÁRIO:

3. CÓDIGO PSBio:

4. ENDEREÇO:

5. CIDADE:

6. ESTADO:

7. TELEFONE:

8. DATA DE NASCIMENTO: ___/___/___

9. SEXO: Masc Fem

10. PROFISSIONAL SEXO FEMININO - ESTÁ GRÁVIDA OU SUSPEITA DE GRAVIDEZ ? Sim Não Desconhecido

11. OCUPAÇÃO (CATEGORIA OU SETOR DE OCUPAÇÃO):

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Médico | <input type="checkbox"/> Técnico de enfermagem | <input type="checkbox"/> Estudante de Odontologia | <input type="checkbox"/> Setor Higienização e Limpeza |
| <input type="checkbox"/> Residente de medicina | <input type="checkbox"/> Auxiliar de enfermagem | <input type="checkbox"/> Odontólogo | <input type="checkbox"/> Setor de Nutrição e Dietética |
| <input type="checkbox"/> Estudante de medicina | <input type="checkbox"/> Instrumentador cirúrgico | <input type="checkbox"/> Técnico odontologia (THD) | <input type="checkbox"/> Setor de Lavanderia |
| <input type="checkbox"/> Enfermeiro | <input type="checkbox"/> Biólogo | <input type="checkbox"/> Farmacêutico | <input type="checkbox"/> Setor de transporte de paciente |
| <input type="checkbox"/> Residente de enfermagem | <input type="checkbox"/> Coletador de sangue | <input type="checkbox"/> Fisioterapeuta | <input type="checkbox"/> Setor administrativo |
| <input type="checkbox"/> Estudante de enfermagem | <input type="checkbox"/> Técnico laboratório clínico | <input type="checkbox"/> Técnicos de outras áreas | <input type="checkbox"/> Setor engenharia e manutenção |
| | | | <input type="checkbox"/> Outra |

12. É ESTAGIÁRIO OU ESTUDANTE ? Sim Não (EXCLUINDO-se Residente – Pergunta 13)

13. É RESIDENTE ? Sim Não ➔ **14. SE SIM, QUAL ANO ?** 1º 2º 3º ≥4º

15. TEMPO DE ATUAÇÃO NA OCUPAÇÃO: <1 ano 1 a 5 anos 5 a 10 anos 10 a 20 anos >20 anos

16. ESPECIALIDADE: SOMENTE assinalar para o caso de especialidades médicas.

- | | | | |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Cardiologia | <input type="checkbox"/> Medicina Física e Reabilitação | <input type="checkbox"/> Anestesiologia | <input type="checkbox"/> Neurocirurgia |
| <input type="checkbox"/> Clínica Médica | <input type="checkbox"/> Nefrologia | <input type="checkbox"/> Cirurgia Cardiovascular | <input type="checkbox"/> Oftalmologia |
| <input type="checkbox"/> Dermatologia | <input type="checkbox"/> Neurologia | <input type="checkbox"/> Cirurgia Geral | <input type="checkbox"/> Otorrinolaringologia |
| <input type="checkbox"/> Emergencista | <input type="checkbox"/> Patologia (Anatomopatologia) | <input type="checkbox"/> Cirurgia Plástica | <input type="checkbox"/> Ortopedia |
| <input type="checkbox"/> Gastroenterologia | <input type="checkbox"/> Pediatria | <input type="checkbox"/> Cirurgia Torácica | <input type="checkbox"/> Outra especialidade cirúrgica |
| <input type="checkbox"/> Infectologia | <input type="checkbox"/> Pneumologia | <input type="checkbox"/> Cirurgia Vascular | |
| <input type="checkbox"/> Intensivista | <input type="checkbox"/> Radiologia | <input type="checkbox"/> Ginecologia e Obstetrícia | |
| <input type="checkbox"/> Medicina Nuclear | <input type="checkbox"/> Outra especialidade clínica | | |

17. VACINAÇÃO CONTRA HEPATITE B:

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Vacinado ≥ 3 doses com anti-HBs desconhecido | <input type="checkbox"/> Não vacinado devido a contra-indicações | <input type="checkbox"/> Vacinação andamento/incompleta |
| <input type="checkbox"/> Vacinado ≥ 3 doses com anti-HBs negativo | <input type="checkbox"/> Não vacinado devido à recusa | <input type="checkbox"/> Não vacinado por outros motivos |
| <input type="checkbox"/> Vacinado ≥ 3 doses com anti-HBs positivo | <input type="checkbox"/> Não vacinado (já teve/tem hepatite B) | <input type="checkbox"/> Não informado |

18. SE VACINADO PREVIAMENTE, DATAS DAS DOSES REALIZADAS:

___/___/___ ___/___/___ ___/___/___ ___/___/___ ___/___/___ ___/___/___

19. ANTIHBS PRÉVIO:

Data do exame: ___/___/___ Resultado: Título = ___ UI/ml Positivo Negativo Indeterminado Recusado
 Data do exame: ___/___/___ Resultado: Título = ___ UI/ml Positivo Negativo Indeterminado Recusado

20. VACINAÇÃO PRÉVIA COM ANTI-TETÂNICA ? Sim Não Desconhecido **SE SIM, última dose em:** ___/___/___

21. SITUAÇÃO DO PROFISSIONAL ACIDENTADO (prévia ao acidente) ?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Nunca teve diagnóstico confirmado de HIV/AIDS, Hepatite B ou Hepatite C | <input type="checkbox"/> Já tem/teve diagnóstico confirmado de Hepatite C |
| <input type="checkbox"/> Já tem/teve diagnóstico confirmado de Hepatite B | <input type="checkbox"/> Já tem diagnóstico confirmado de HIV/AIDS |

INFORMAÇÕES SOBRE A EXPOSIÇÃO**22. DATA DA EXPOSIÇÃO:** ___/___/___**23. HORÁRIO DA EXPOSIÇÃO:** ___:___ Ex: 9:30h(dia), 21:30h(noite)**24. DATA DO 1º ATENDIMENTO:** ___/___/___**25. HORÁRIO DO 1º ATENDIMENTO:** ___:___ Ex: 9:30h(dia), 21:30h(noite)

* Considerar o 1º atendimento como o momento em que o acidentado foi avaliado quanto às necessidades de profilaxia, coleta de exames e condutas pós-acidente.

26. ESPECIFICAR O LOCAL/SETOR DO ACIDENTE: _____ (Ex: número da enfermaria, andar, unidade)**HOSPITAL ONDE O ACIDENTE OCORREU:** _____**27. ÁREA DE OCORRÊNCIA DO ACIDENTE:**

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ambulatório clínico | <input type="checkbox"/> Enfermaria de obstetrícia e salas de parto | <input type="checkbox"/> Salas de procedimentos endoscópicos |
| <input type="checkbox"/> Ambulatório com procedimentos invasivos | <input type="checkbox"/> Fora do ambiente hospitalar | <input type="checkbox"/> Serviço Radiologia e Medicina Nuclear |
| <input type="checkbox"/> Banco de sangue | <input type="checkbox"/> Hospital-dia/leito-dia (one-day clinic) | <input type="checkbox"/> Setor de Lavanderia |
| <input type="checkbox"/> Centro cirúrgico | <input type="checkbox"/> Laboratório | <input type="checkbox"/> Unidade de Diálise |
| <input type="checkbox"/> Central de material e esterilização | <input type="checkbox"/> Morgue e salas de necropsia | <input type="checkbox"/> Unidades de Terapia Intensiva |
| <input type="checkbox"/> Enfermaria clínica | <input type="checkbox"/> Serviço de emergência | <input type="checkbox"/> Outra |
| <input type="checkbox"/> Enfermaria cirúrgica | <input type="checkbox"/> Serviço de hemodinâmica | |

28. TIPO DE EXPOSIÇÃO: (Pode ser assinalada mais de uma opção).

-
- Percutânea
-
- Mucosa (olhos, nariz, boca)
-
- Pele
-
- Mordedura

29. MATERIAL BIOLÓGICO:

-
- Sangue
-
-
- Desconhecido
-
-
- Soluções intravenosas (soros, irrigações) com sangue visível
-
-
- Soluções intravenosas (soros, irrigações) sem sangue visível
-
-
- Tecidos corporais
-
-
- Fluidos e secreções corporais com sangue visível
-
-
- Fluidos e secreções corporais sem sangue visível
-
-
- Material lavado e limpo, mas não estéril

30. SECREÇÕES CORPORAIS:

*Responder somente se foram respondidas as opções sublinhadas na pergunta 29.

-
- Escarro
-
- Líquido pleural
-
-
- Fezes
-
- Líquido articular
-
-
- Vômito
-
- Saliva
-
-
- Líquido amniótico
-
- Secreção traqueal
-
-
- Líquor
-
- Urina
-
-
- Líquido pericárdico
-
- Outro
-
-
- Líquido peritoneal

31. ÁREA(S) ATINGIDA(S): Até 3 opções podem ser assinaladas (se ≥3, opte pelas principais).

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Dedos das mãos | <input type="checkbox"/> Membros inferiores | <input type="checkbox"/> Nariz |
| <input type="checkbox"/> Membros superiores (exceto dedos) | <input type="checkbox"/> Olhos | <input type="checkbox"/> Face, sem aparente contato com mucosas |
| <input type="checkbox"/> Tronco ou abdômen | <input type="checkbox"/> Boca | <input type="checkbox"/> Outra área corporal |

➡ **PREENCHER ITENS 32 a 41 SOMENTE SE HOUVE EXPOSIÇÃO PERCUTÂNEA.**

EXPOSIÇÃO PERCUTÂNEA**32. HAVIA SANGUE VISÍVEL NO OBJETO PERFUROCORTEANTE CAUSADOR DO ACIDENTE ?**

-
- Sim
-
- Não
-
- Desconhecido

33. PROFUNDIDADE DA LESÃO:

-
- Superficial – escoriações superficiais
-
- Moderada – com penetração na pele
-
- Profunda – penetração profunda, feridas

34. A EXPOSIÇÃO OCORREU ATRAVÉS DE LUVAS, ROUPAS OU SAPATOS/BOTAS ? Sim Não Desconhecido**35. SE SIM, ESCOLHER QUAL(IS) OPÇÃO(ÕES):** Luvas Roupas Sapatos/Botas**36. O ACIDENTE OCORREU DURANTE PROCEDIMENTO ODONTOLÓGICO ?** Sim Não**37. SE SIM, DURANTE QUAL PROCEDIMENTO ?**

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Higiene (Ex: limpeza, curetagem) | <input type="checkbox"/> Cirurgia periodontal |
| <input type="checkbox"/> Restauração (Ex: amálgama, coroa) | <input type="checkbox"/> Cirurgia oral (Ex: extração dentária, redução de fratura) |
| <input type="checkbox"/> Tratamento de canal (terapia endodôntica) | <input type="checkbox"/> Outro |

38. SE SIM, EM QUE LOCAL ? Dentro da boca do paciente Fora da boca do paciente Desconhecido

EXPOSIÇÃO PERCUTÂNEA - CONTINUAÇÃO**39. QUAL OBJETO OU DISPOSITIVO CAUSOU A EXPOSIÇÃO ? Marcar somente 1 opção.**

AGULHAS:

- Agulha de sutura
- Agulha hipodérmica – com lúmen (oca)
- Escalpe
- Estilete ou guia intravascular (Ex: Jelco®, Abocath®)
- Agulha de seringa com medicação pronta para administração
- Agulha para coleta a vácuo
- Outro tipo de agulha com lúmen (oca) (Ex: punção venosa profunda, medula óssea)

LÂMINAS / INSTRUMENTOS CORTANTES:

- Capilar (microhematócrito)
- Tubo de vácuo – laboratório
- Lâmina de vidro
- Lanceta
- Broca, Cureta, Extrator de tártaro

SEM OBJETO:

- Material orgânico cortante (Ex: dente, osso, unha)

INSTRUMENTOS CIRÚRGICOS:

- Lâmina de bisturi
- Tesoura
- Fio
- Outro instrumento cirúrgico

- Desconhecido

- Outro objeto cortante: _____

40. EM QUE PROCEDIMENTO A AGULHA OU OBJETO PERFUROCORTANTE FOI UTILIZADO: Marcar somente 1 opção.

ACESSO VASCULAR (VENOSO, ARTERIAL):

- Punção venosa percutânea
- Punção arterial percutânea (Ex: gasometria arterial)
- Acesso intravascular - venoso periférico
- Acesso intravascular - venoso profundo
- Acesso intravascular - arterial periférico
- Acesso intravascular - arterial profundo
- Flush de heparina ou solução salina
- Manipulação de conexões de acesso IV (Ex: injetores laterais)
- Outros procedimentos intravasculares

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS:

- Sutura
- Cirurgias em geral, incluindo partos (exceto sutura)
- Anestesia periférica (Ex: subcutânea)

OUTROS:

- Punção digital (ex: glicemia capilar - Ex: dextro/haemoglucotest)
- Transferência sangue/fluidos para frascos
- Obtenção de exames (Ex: líquor, liq.amniótico, biópsia, toracocentese)
- Procedimento odontológico
- Necrópsia

INJEÇÕES IM/SC/ID:

- Injeção intramuscular
- Injeção subcutânea, intra-dérmica ou testes cutâneos

- Desconhecido

- Outro procedimento: _____

41. COMO A EXPOSIÇÃO OCORREU: Marcar somente 1 opção.

ACESSO VASCULAR (VENOSO, ARTERIAL):

- Durante a inserção ou manipulação de agulha no paciente
- Durante a inserção/manipulação de agulha no circuito intravascular
- Durante a retirada de agulha do paciente
- Durante a retirada de agulha do circuito intravascular

DESCARTE:

- Durante trânsito para descarte
- Durante descarte no coletor, lesão por material sendo descartado
- Durante descarte no coletor, lesão por material que estava no coletor
- Durante manipulação de coletor de descarte
- Coletor de descarte transfixado

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS:

- Durante sutura
- Durante realização de nós cirúrgicos (fios de sutura)
- Durante manipulação de agulha de sutura no porta-agulhas
- Durante incisão cirúrgica
- Durante palpação ou exploração em cirurgias
- Durante passagem ou recebimento de objeto cortante

AGULHA/OBJETO CORTANTE EM LOCAL INADEQUADO:

- Manuseio de lixo
- Manuseio em rouparias (Ex: roupas, campos cirúrgicos)
- Material deixado em bancadas ou bandejas
- Material deixado no leito
- Material deixado no hamper
- Material deixado no chão
- Material deixado no bolso ou avental
- Material deixado em outro local impróprio

OUTRAS SITUAÇÕES:

- Movimentação do paciente
- Durante o recapeamento de agulhas
- Manipulação de objeto cortante em bandeja
- Limpeza, desinfecção ou esterilização de material
- Procedimentos laboratoriais

- Desconhecido

- Outra situação: _____

➔ PREENCHER ITENS 42 a 46 **SOMENTE SE HOUVE EXPOSIÇÃO MUCOSA OU CUTÂNEA.**

EXPOSIÇÃO EM MUCOSA OU EM PELE

42. SE HOUVE EXPOSIÇÃO CUTÂNEA, A PELE DO ACIDENTADO ESTAVA ÍNTEGRA ? Sim Não Desconhecido

43. ESTIMATIVA DA QUANTIDADE DE MATERIAL BIOLÓGICO: Pequena (< 5ml) Moderada (5-50ml) Grande (>50ml)

44. DURAÇÃO DA EXPOSIÇÃO (Tempo em que a área corporal exposta ficou em contato com o material biológico antes de ser lavada):

< 1 minuto 1 – 5 minutos 6 – 10 minutos 11 – 30 min > 30 minutos Desconhecido

45. CIRCUNSTÂNCIA DA EXPOSIÇÃO:

PUNÇÃO OU ACESSO VASCULAR:

- Punção venosa
 Punção arterial
 Acesso intravascular – inserção, manipulação, retirada

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS:

- Procedimento cirúrgico em geral, incluindo parto cesáreo
 Parto vaginal

PROCEDIMENTOS NÃO CIRÚRGICOS:

- Procedimento endoscópico
 Procedimento de irrigação
 Manipulação de vias aéreas superiores (Ex: aspiração, indução de escarro)
 Inserção, manipulação, retirada de Tubos (ex. TOT, torácico)

OUTRAS CIRCUNSTÂNCIAS:

- Paciente “cuspiu ou teve vômitos”
 Manipulação de frascos de coleta de exames
 Curativos – realização ou troca
 Durante o banho e manipulação do paciente
 Limpeza ou transporte de material contaminado
 Outro
 Desconhecido

46. USO DE EPIS utilizados no momento da exposição: Sim Não

QUAL(IS) ? Luvas Óculos de proteção Protetor orofacial Máscara Capote/avental Outro Desconhecido

➔ PREENCHER ITENS 47 e 48 **SOMENTE NOS CASOS DE MORDEDURAS**

MORDEDURA

47. DESCRIÇÃO DA FERIDA: Sem sangramento espontâneo Com sangramento espontâneo
 Avulsão tecidual Desconhecido

48. CIRCUNSTÂNCIA DA EXPOSIÇÃO: Durante higiene oral Agressão pelo paciente Desconhecido
 Durante exame da cavidade oral Durante procedimento não-oral Outra

49. PACIENTE-FONTE CONHECIDO? Sim Não (ATENÇÃO: FONTE DESCONHECIDA - acidente onde não é possível determinar em que paciente o objeto perfurocortante foi utilizado Ex: agulhas no lixo, na caixa de descarte, etc.)

➔ ATENÇÃO: PREENCHER 50 A 56 **SOMENTE SE FONTE CONHECIDA.**

SITUAÇÃO SOROLÓGICA DE PACIENTE-FONTE CONHECIDO

NOME DO PACIENTE-FONTE:

50. HEPATITE B (HBsAg): Negativo Positivo Teste duvidoso Recusado Não solicitado Não realizado

51. HEPATITE C (anti-HCV): Negativo Positivo Teste duvidoso Recusado Não solicitado Não realizado

52. HIV/AIDS (anti-HIV): Negativo Positivo Teste duvidoso Recusado Não solicitado Não realizado

53. FOI FEITO TESTE RÁPIDO ANTI-HIV? Sim Não

SE ANTI-HIV POSITIVO (TESTE RÁPIDO E/OU CONVENCIONAL):

54. A INFECÇÃO HIV/AIDS JÁ ERA CONHECIDA ANTES DO ACIDENTE? Sim Não Desconhecido

55. O PACIENTE FAZ USO DE ANTI-RETROVIRAIS ? Sim Não Desconhecido

56. O PACIENTE TEM PROVÁVEL CD4 BAIXO E/OU CARGA VIRAL ALTA ? Sim Não Desconhecido

57. HÁ INDICAÇÃO DE PROFILAXIAS E/OU ACOMPANHAMENTO CLÍNICO/LABORATORIAL ?

- Sim, há indicação **SE SIM, PREENCHER PERGUNTAS ABAIXO.**
- Não há indicação, foi dada ALTA para o trabalhador acidentado (ex. fonte negativa) **SE NÃO, IR PRA QUESTÃO 70**

PROFILAXIA PRESCRITA PARA HEPATITE B

58. INDICADA VACINA CONTRA HEPATITE B ? Sim Não

ESCREVA ABAIXO AS DATAS DE AGENDAMENTO DA VACINA.

DOSES: ___/___/___ Feita? Sim Não ___/___/___ Feita? Sim Não ___/___/___ Feita? Sim Não

59. INDICADA GAMAGLOBULINA HIPERIMUNE CONTRA HEPATITE B ? Sim Não Feita em ___/___/___

PROFILAXIA ANTI-RETROVIRAL (PEP) PARA HIV

60. PEP FOI OFERECIDA ? Sim Não

61. PEP FOI UTILIZADA ? Sim Não

62. SE PEP FOI UTILIZADA, QUAL(IS) MEDICAMENTO(S) ANTI-RETROVIRAL(IS) FOI(RAM) INICIADO(S) ?

- | | | | |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Abacavir (ABC) | <input type="checkbox"/> Efavirenz (EFZ) | <input type="checkbox"/> Lamivudina (3TC) | <input type="checkbox"/> Tenofovir (TDF) |
| <input type="checkbox"/> Amprenavir (AVP) | <input type="checkbox"/> Emtricitabina (FTC) | <input type="checkbox"/> Lopinavir/r (LPV/r) | <input type="checkbox"/> Zidovudina (AZT) |
| <input type="checkbox"/> AZT+3TC (Biovir,Combivir) | <input type="checkbox"/> Enfuvirtida (T20) | <input type="checkbox"/> Nelfinavir (NFV) | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Atazanavir (ATZ) | <input type="checkbox"/> Estavudina (d4T) | <input type="checkbox"/> Ritonavir (RTV) | |
| <input type="checkbox"/> Didanosina (ddl) | <input type="checkbox"/> Indinavir (IDV) | <input type="checkbox"/> Saquinavir (SQV) | |

SE PEP FOI UTILIZADA, PREENCHA AS PERGUNTAS ABAIXO:

63. TEMPO ENTRE A EXPOSIÇÃO E O INÍCIO DA PROFILAXIA ANTI-RETROVIRAL (PEP): _____ minutos

64. DATA DE INÍCIO DA PEP: ___/___/___ **65. DATA FIM DA PEP:** ___/___/___ (Data até a qual a PEP foi usada).

66. CONCLUSÃO SOBRE A PEP UTILIZADA: Fez PEP pelo tempo indicado (28 dias) PEP interrompida antes 28 dias

67. SE FOI INTERROMPIDA ANTES DE 28 DIAS, QUAL FOI O MOTIVO PARA A INTERRUPTÃO ?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Determinação de anti-HIV negativo do paciente-fonte | <input type="checkbox"/> Efeitos adversos (ocorrência de alterações laboratoriais)* |
| <input type="checkbox"/> O próprio trabalhador acidentado decidiu interromper, mas não havia indicação de suspender | <input type="checkbox"/> Efeitos adversos graves (ocorrência de sinais, sintomas)* |
| | <input type="checkbox"/> Interrupção por possível resistência ao anti-retroviral* |

*Decisão de quem está atendendo o acidentado.

ACOMPANHAMENTO - SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

68. APRESENTOU SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS ? Sim Não **SE SIM, preencha abaixo:**

Data da Consulta: ___/___/___

- | | | | |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Distúrbio emocional | <input type="checkbox"/> Artralgia / mialgia | <input type="checkbox"/> Náuseas | <input type="checkbox"/> Colúria, acolia |
| <input type="checkbox"/> Insônia | <input type="checkbox"/> Parestesia | <input type="checkbox"/> Vômitos | <input type="checkbox"/> Hepatomegalia |
| <input type="checkbox"/> Sonolência | <input type="checkbox"/> Febre | <input type="checkbox"/> Diarréia | <input type="checkbox"/> Esplenomegalia |
| <input type="checkbox"/> Mal-estar, fadiga | <input type="checkbox"/> Sudorese noturna | <input type="checkbox"/> Perda de apetite | <input type="checkbox"/> Dor lombar |
| <input type="checkbox"/> Cefaléia | <input type="checkbox"/> Rash cutâneo | <input type="checkbox"/> Dor abdominal | <input type="checkbox"/> Hematúria |
| <input type="checkbox"/> Perda de peso | <input type="checkbox"/> Linfadenopatia | <input type="checkbox"/> Icterícia | <input type="checkbox"/> Outros |

Data da Consulta: ___/___/___

- | | | | |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Distúrbio emocional | <input type="checkbox"/> Artralgia / mialgia | <input type="checkbox"/> Náuseas | <input type="checkbox"/> Colúria, acolia |
| <input type="checkbox"/> Insônia | <input type="checkbox"/> Parestesia | <input type="checkbox"/> Vômitos | <input type="checkbox"/> Hepatomegalia |
| <input type="checkbox"/> Sonolência | <input type="checkbox"/> Febre | <input type="checkbox"/> Diarréia | <input type="checkbox"/> Esplenomegalia |
| <input type="checkbox"/> Mal-estar, fadiga | <input type="checkbox"/> Sudorese noturna | <input type="checkbox"/> Perda de apetite | <input type="checkbox"/> Dor lombar |
| <input type="checkbox"/> Cefaléia | <input type="checkbox"/> Rash cutâneo | <input type="checkbox"/> Dor abdominal | <input type="checkbox"/> Hematúria |
| <input type="checkbox"/> Perda de peso | <input type="checkbox"/> Linfadenopatia | <input type="checkbox"/> Icterícia | <input type="checkbox"/> Outros |

ACOMPANHAMENTO - EXAMES LABORATORIAIS DO PROFISSIONAL ACIDENTADO

69. PREENCHA ABAIXO:

ANTI-HIV (HIV/AIDS) – data do exame / resultado

- __/__/__ Positivo Negativo Indeterminado Recusado
- __/__/__ Positivo Negativo Indeterminado Recusado
- __/__/__ Positivo Negativo Indeterminado Recusado
- __/__/__ Positivo Negativo Indeterminado Recusado
- __/__/__ Positivo Negativo Indeterminado Recusado

ANTI-HCV (HEPATITE C) – data do exame / resultado

- __/__/__ Positivo Negativo Indeterminado Recusado
- __/__/__ Positivo Negativo Indeterminado Recusado
- __/__/__ Positivo Negativo Indeterminado Recusado

PCR qualitativo (HEPATITE C) – data do exame / resultado

- __/__/__ Positivo Negativo Indeterminado Recusado
- __/__/__ Positivo Negativo Indeterminado Recusado

HBsAg (HEPATITE B) – data do exame / resultado

- __/__/__ Positivo Negativo Indeterminado Recusado
- __/__/__ Positivo Negativo Indeterminado Recusado
- __/__/__ Positivo Negativo Indeterminado Recusado

ANTI-HBs (HEPATITE B) – data do exame / resultado

- __/__/__ Positivo Negativo Indeterminado Recusado
- __/__/__ Positivo Negativo Indeterminado Recusado
- __/__/__ Positivo Negativo Indeterminado Recusado

ANTI-HBc IgM (HEPATITE B) – data do exame / resultado

- __/__/__ Positivo Negativo Indeterminado Recusado
- __/__/__ Positivo Negativo Indeterminado Recusado
- __/__/__ Positivo Negativo Indeterminado Recusado

ANTI-HBc Total (HEPATITE B) – data do exame / resultado

- __/__/__ Positivo Negativo Indeterminado Recusado
- __/__/__ Positivo Negativo Indeterminado Recusado
- __/__/__ Positivo Negativo Indeterminado Recusado

OUTROS EXAMES

ALT / TGP (U/l)	__/__/__	__/__/__	__/__/__
AST / TGO (U/l)	__/__/__	__/__/__	__/__/__
Amilase (U/l)	__/__/__	__/__/__	__/__/__
Glicemia (mg/dl)	__/__/__	__/__/__	__/__/__
Creatinina (mg/dl)	__/__/__	__/__/__	__/__/__

OUTROS EXAMES

Hematócrito (%)	__/__/__	__/__/__	__/__/__
Hemoglobina (g/dl)	__/__/__	__/__/__	__/__/__
Hemácias milhões/mm3	__/__/__	__/__/__	__/__/__
Plaquetas (/mm3)	__/__/__	__/__/__	__/__/__
Leucometria (/mm3)	__/__/__	__/__/__	__/__/__

CONCLUSÃO DO CASO

70. DATA DE CONCLUSÃO DO CASO: __/__/__

- ALTA – Não precisou fazer acompanhamento (Ex.Paciente-fonte negativo)
- ALTA – Sem soroconversões (Completo o acompanhamento)
- Perda de acompanhamento por ABANDONO
- Transferência (Não trabalha mais no serviço de saúde)
- Houve Soroconversão para HIV
- Houve Soroconversão para Hepatite B
- Houve Soroconversão para Hepatite C

ATENDIMENTO EFETUADO POR:

ANOTAÇÕES GERAIS