

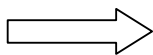
28. TIPO DE EXPOSIÇÃO:

Atenção: 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) CORPORAL(IS) ATINGIDA(S):

Até 3 opções podem ser assinaladas (se ≥3, opte pelas principais).

- Dedos das mãos Membros inferiores Nariz
 Membros superiores (exceto dedos) Olhos Face, sem aparente contato com mucosas
 Tronco ou abdômen Boca Outra área corporal

EXPOSIÇÃO PERCUTÂNEA:PREENCHER ITENS 32 a 41 SOMENTE SE HOUVE 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 ?**

- Higiene (ex. limpeza, curetagem) Cirurgia periodontal
 Restauração (ex. amálgama, coroa) Cirurgia oral (ex. extração dentária, redução de fratura)
 Tratamento de canal (terapia endodôntica) Outro

38. SE SIM, EM QUE LOCAL ? Dentro da boca do paciente Fora da boca do paciente Desconhecido**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)
- INSTRUMENTOS CIRÚRGICOS:**
 Lâmina de bisturi
 Tesoura
 Fio
 Outro instrumento cirúrgico
- LÂMINAS / INSTRUMENTOS CORTANTES:**
 Capilar (microhematócrito)
 Tubo de vácuo – laboratório
 Lâmina de vidro
 Lanceta
 Broca, Cureta, Sonda, Extrator de tártaro
- SEM OBJETO:**
 Material orgânico cortante (ex. dente, osso, unha)
- DESCONHECIDO
 OUTRO OBJETO CORTANTE

40. EM QUE PROCEDIMENTO A AGULHA OU OBJETO PERFUROCORTEANTE 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
- INJEÇÕES IM/SC/ID:**
 Injeção intramuscular
 Injeção subcutânea, intra-dérmica ou testes cutâneos
- PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS:**
 Sutura
 Cirurgias em geral, incluindo partos (exceto sutura)
 Anestesia periférica (ex. subcutânea)
- OUTROS:**
 Punção digital (ex. glicemia capilar - ex. dextro/haemoglucoest,..)
 Transferência sangue/fluidos para frascos
 Obtenção de exames (ex. líquor, liq. amniótico, biópsia, toracocentese)
 Procedimento odontológico
 Necrópsia
 Desconhecido
 Outro procedimento: _____

Marcar somente 1 opção.

41. COMO A EXPOSIÇÃO OCORREU:

ACESSO VASCULAR (VENOSO, ARTERIAL):

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

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

OUTRAS SITUAÇÕES:

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

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

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

 DESCONHECIDO OUTRA SITUAÇÃO: _____**EXPOSIÇÃO EM MUCOSA OU EM PELE:** PREENCHER ITENS 42 a 46 SOMENTE SE HOUVE EXPOSIÇÃO MUCOSA OU CUTÂNEA.**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 : < 1min 1 – 5 minutos 6 – 10 minutos
exposta ficou em contato com o material biológico antes de ser lavada) 11 – 30 min > 30 minutos Desconhecido**45. CIRCUNSTÂNCIA DA EXPOSIÇÃO:**

PUNÇÃO OU ACESSO VASCULAR:

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

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)

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS:

- Procedimento cirúrgico em geral, incluindo parto cesáreo
- Parto vaginal

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 (Equipamentos de proteção individual) utilizados no momento da exposição: Sim Não
QUAL(IS) ? Luvas Óculos de proteção Protetor orofacial Máscara Capote / avental Outro Desconhecido**MORDEDURA:** PREENCHER ITENS 47 e 48 SOMENTE NOS CASOS DE MORDEDURAS.**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 → ex. agulhas no lixo, na caixa de descarte**SITUAÇÃO SOROLÓGICA DE PACIENTE-FONTE CONHECIDO:** Atenção: Preencher abaixo SOMENTE se fonte conhecida.**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 (Preencher página 4) Não há indicação, foi dada ALTA para o trabalhador acidentado (ex. fonte negativa...).

ATENDIMENTO EFETUADO POR:

PROFILAXIA PRESCRITA PARA HEPATITE B:					
58. INDICADA VACINA CONTRA HEPATITE B ? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Escreva abaixo as datas de agendamento da vacina.					
DOSES → ___/___/___ Feita ? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		___/___/___ Feita ? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		___/___/___ Feita ? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
59. INDICADA GAMAGLOBULINA HIPERIMUNE CONTRA HEPATITE B ? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Feita em					
PROFILAXIA ANTI-RETROVIRAL (PEP) PARA HIV:					
60. PEP FOI OFERECIDA ? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			61. PEP FOI UTILIZADA ? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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"/> Atazanavir (ATZ) <input type="checkbox"/> Emtricitabina (FTC) <input type="checkbox"/> Indinavir (IDV) <input type="checkbox"/> Nelfinavir (NFV) <input type="checkbox"/> Tenofovir (TDF) <input type="checkbox"/> Amprenavir (AVP) <input type="checkbox"/> Didanosina (ddl) <input type="checkbox"/> Enfuvirtida (T20) <input type="checkbox"/> Lamivudina (3TC) <input type="checkbox"/> Ritonavir (RTV) <input type="checkbox"/> Zidovudina (AZT) <input type="checkbox"/> AZT+3TC (Biovir,Combivir) <input type="checkbox"/> Efavirenz (EFZ) <input type="checkbox"/> Estavudina (d4T) <input type="checkbox"/> Lopinavir/r (LPV/r) <input type="checkbox"/> Saquinavir (SQV) <input type="checkbox"/> _____					
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: <input type="checkbox"/> Fez PEP pelo tempo indicado (28 dias) <input type="checkbox"/> PEP interrompida antes 28 dias					
67. SE FOI INTERROMPIDA ANTES DE 28 DIAS, QUAL FOI O MOTIVO PARA A INTERRUÇÃO ?					
<input type="checkbox"/> Determinação de anti-HIV negativo do paciente-fonte		<input type="checkbox"/> Efeitos adversos (ocorrência de alterações laboratoriais)		} Decisão feita por quem o está atendendo.	
<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			
68. ACOMPANHAMENTO – APRESENTOU SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS ? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não SE SIM, preencha abaixo.					
Data da Consulta:					
<input type="checkbox"/> Distúrbio emocional		<input type="checkbox"/> Cefaléia		<input type="checkbox"/> Febre	
<input type="checkbox"/> Insônia		<input type="checkbox"/> Perda de peso		<input type="checkbox"/> Náuseas	
<input type="checkbox"/> Sonolência		<input type="checkbox"/> Artralgia / mialgia		<input type="checkbox"/> Sudorese noturna	
<input type="checkbox"/> Mal-estar, fadiga		<input type="checkbox"/> Parestesia		<input type="checkbox"/> Rash cutâneo	
				<input type="checkbox"/> Linfadenopatia	
				<input type="checkbox"/> Vômitos	
				<input type="checkbox"/> Diarréia	
				<input type="checkbox"/> Dor abdominal	
				<input type="checkbox"/> Icterícia	
				<input type="checkbox"/> Colúria, acolia	
				<input type="checkbox"/> Hepatomegalia	
				<input type="checkbox"/> Esplenomegalia	
				<input type="checkbox"/> Dor lombar	
				<input type="checkbox"/> Hematúria	
				<input type="checkbox"/> Outros	
Data da Consulta:					
<input type="checkbox"/> Distúrbio emocional		<input type="checkbox"/> Cefaléia		<input type="checkbox"/> Febre	
<input type="checkbox"/> Insônia		<input type="checkbox"/> Perda de peso		<input type="checkbox"/> Náuseas	
<input type="checkbox"/> Sonolência		<input type="checkbox"/> Artralgia / mialgia		<input type="checkbox"/> Sudorese noturna	
<input type="checkbox"/> Mal-estar, fadiga		<input type="checkbox"/> Parestesia		<input type="checkbox"/> Rash cutâneo	
				<input type="checkbox"/> Linfadenopatia	
				<input type="checkbox"/> Vômitos	
				<input type="checkbox"/> Diarréia	
				<input type="checkbox"/> Dor abdominal	
				<input type="checkbox"/> Icterícia	
				<input type="checkbox"/> Colúria, acolia	
				<input type="checkbox"/> Hepatomegalia	
				<input type="checkbox"/> Esplenomegalia	
				<input type="checkbox"/> Dor lombar	
				<input type="checkbox"/> Hematúria	
				<input type="checkbox"/> Outros	
69. ACOMPANHAMENTO - EXAMES LABORATORIAIS DO PROFISSIONAL ACIDENTADO:					
ANTI-HIV (HIV/AIDS) – data do exame / resultado ___/___/___ <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Indeterminado <input type="checkbox"/> Recusado			ANTI-HCV (HEPATITE C) – data do exame / resultado <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Indeterminado <input type="checkbox"/> Recusado		
___/___/___ <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Indeterminado <input type="checkbox"/> Recusado			<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Indeterminado <input type="checkbox"/> Recusado		
___/___/___ <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Indeterminado <input type="checkbox"/> Recusado			<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Indeterminado <input type="checkbox"/> Recusado		
___/___/___ <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Indeterminado <input type="checkbox"/> Recusado			<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Indeterminado <input type="checkbox"/> Recusado		
___/___/___ <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Indeterminado <input type="checkbox"/> Recusado			PCR qualitativo (HEPATITE C) – data do exame / resultado <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Indeterminado <input type="checkbox"/> Recusado		
___/___/___ <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Indeterminado <input type="checkbox"/> Recusado			<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Indeterminado <input type="checkbox"/> Recusado		
HBsAg (HEPATITE B) – data do exame / resultado ___/___/___ <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Indeterminado <input type="checkbox"/> Recusado			ANTI-HBs (HEPATITE B) – data do exame / resultado <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Indeterminado <input type="checkbox"/> Recusado		
___/___/___ <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Indeterminado <input type="checkbox"/> Recusado			<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Indeterminado <input type="checkbox"/> Recusado		
___/___/___ <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Indeterminado <input type="checkbox"/> Recusado			<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Indeterminado <input type="checkbox"/> Recusado		
ANTI-HBc IgM (HEPATITE B) – data do exame / resultado ___/___/___ <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Indeterminado <input type="checkbox"/> Recusado			ANTI-HBc Total (HEPATITE B) – data exame / resultado <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Indeterminado <input type="checkbox"/> Recusado		
___/___/___ <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Indeterminado <input type="checkbox"/> Recusado			<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Indeterminado <input type="checkbox"/> Recusado		
___/___/___ <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Indeterminado <input type="checkbox"/> Recusado			<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Indeterminado <input type="checkbox"/> Recusado		
OUTROS EXAMES			OUTROS EXAMES		
ALT / TGP (U/l)			Hematócrito (%)		
AST / TGO (U/l)			Hemoglobina (g/dl)		
Amilase (U/l)			Hemácias milhões/mm ³		
Glicemia (mg/dl)			Plaquetas (/mm ³)		
Creatinina (mg/dl)			Leucometria (/mm ³)		
70. CONCLUSÃO DO CASO EM :					
<input type="checkbox"/> ALTA – Não precisou fazer acompanhamento (Ex.Paciente-fonte negativo)		<input type="checkbox"/> Transferência (Não trabalha mais no serviço de saúde)		<input type="checkbox"/> Houve Soroconversão para HIV	
<input type="checkbox"/> ALTA – Sem soroconversões (Completo o acompanhamento)		<input type="checkbox"/> Houve Soroconversão para Hepatite B		<input type="checkbox"/> Houve Soroconversão para Hepatite C	
<input type="checkbox"/> Perda de acompanhamento por ABANDONO					

ANOTAÇÕES GERAIS**INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO:** Registro de acidentes ocorridos em instituições cadastradas no Riscobiologico.org.**INFORMAÇÕES SOBRE O PROFISSIONAL DE SAÚDE ACIDENTADO:**

1. Nome / 4. Endereço / 7. Telefone – Estes itens que permitem a identificação pessoal do trabalhador acidentado são **SIGILOSOS** e **NÃO SÃO ENVIADOS** para o Projeto Riscobiologico.org.

2. Prontuário – Número ou código do próprio serviço de saúde onde o profissional trabalha.

3. Código PSBio – Criar um código do serviço de saúde e cadastrar no Projeto Riscobiologico.org. Por exemplo: podem ser usadas as iniciais do serviço de saúde e mais 4 dígitos (ex. XXXX0001, XXXX0002, etc.).

4. Endereço / 5. Cidade / 6. Estado – Informações relativas à residência do profissional acidentado.

11. Ocupação (categoria ou setor de ocupação) – Caso o trabalhador tenha mais de uma ocupação, preencher a atividade profissional que ele estava exercendo no momento do acidente. P.ex: Profissional que seja Médico e Enfermeiro e que tenha tido acidente durante uma cirurgia no qual era o Médico Cirurgião – preencher como Médico.

12. Estagiário/estudante excluindo residentes – Este item é importante para avaliar acidentes que ocorrem com estudantes ou trabalhadores em fase de treinamento. Inclui as opções: Pós-graduando, Estagiário, Estudante, etc.

15. Tempo de atuação na ocupação/profissão – Considerar o tempo de atuação na ocupação e atividade profissional que ele estava exercendo no momento do acidente. P.ex: Profissional que seja Médico e Enfermeiro e que tenha tido acidente durante uma cirurgia no qual era o Médico Cirurgião – preencher como tempo de atuação na atividade de Médico.

16. Especialidade – Caso o profissional tenha ≥ 1 especialidade, considerar a especialidade que estava sendo exercida no momento do acidente. P.ex: Médico com especialidade em Cirurgia geral e Neurocirurgia – Se o acidente ocorreu durante neurocirurgia, considerar esta especialidade.

17. Vacinação contra Hepatite B – P.Ex.: Não vacinado devido a contra-indicações (alergias, etc.); Vacinação - andamento/incompleta (1 dose prévia, etc.)

INFORMAÇÕES SOBRE A EXPOSIÇÃO / O ACIDENTE:

24 e 25. Data e Horário do 1º atendimento: 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. Não é o horário de início de anti-retroviral – esta informação está contemplada no item 63.

26. Especificar a local/setor do acidente – Informação individual de cada unidade de saúde. Ex.: nº da enfermaria, andar, etc.

49. Paciente-fonte conhecido – Somente considerar como FONTE DESCONHECIDA aquele acidente onde não é possível determinar em que paciente o objeto perfurocortante foi utilizado – ex. agulhas no lixo, na caixa de descarte, etc. Quando é possível saber em qual paciente o objeto perfurocortante foi utilizado, mas a situação sorológica desta fonte não é conhecida – deve-se assinalar como paciente-fonte CONHECIDO.

56. Paciente com provável CD4 baixo e/ou carga viral alta – Geralmente pacientes com infecção pelo HIV/AIDS com provável infecção oportunista, internados, com evidências de progressão de doença (emagrecimento, diarreia, lesões cutâneas, candidíase oral) têm CD4 baixo e/ou carga viral alta.

PROFILAXIA PRESCRITA PARA HEPATITE B:

58. Vacina contra Hepatite B – Na digitação → Doses de vacinas que foram agendadas, mas não foram feitas, **NÃO** serão digitadas.

PROFILAXIA ANTI-RETROVIRAL PARA HIV:

62. Medicamentos anti-retrovirais iniciados – Assinalar todos os medicamentos iniciados.

65. Data do fim da PEP (Profilaxia anti-retroviral) – Deve ser preenchida a data do último dia no qual o profissional de saúde fez uso do(s) anti-retroviral(is) – Portanto, esta informação **NÃO** deve ser preenchida no momento inicial de atendimento do acidentado.

67. Interrupção da PEP (Profilaxia anti-retroviral) – Decididas pelo profissional que está atendendo e acompanhando o trabalhador acidentado: Efeitos adversos (ocorrência de alterações laboratoriais), Efeitos adversos (ocorrência de sinais e sintomas), Interrupção por possível resistência ao anti-retroviral.

ACOMPANHAMENTO – EXAMES LABORATORIAIS:

69. Assinalar estas opções somente nos casos em que o exame FOI REALIZADO e HÁ RESULTADO DISPONÍVEL e não naquelas situações em que os exames foram solicitados, mas não foram realizados. ATENÇÃO: Resultado indeterminado não é equivalente a exame não realizado, resultado não fornecido, etc.

CONCLUSÃO DO CASO:

70. Conclusão final do caso – Geralmente no período de 6 a 12 meses após o acidente.