

QUESTIONÁRIO

SRS _____

CS _____

NOME _____

Idade _____ Categoria Profissional _____ Tempo de Profissão _____

Data do acidente _____ Hora _____

Nº de horas de serviço cumpridas antes do acidente _____

Descrição sumária do acidente _____

1 - Tipo de acidente:

Picada

Corte

Projecção

Outro

Qual? _____

2 - Zona atingida _____ Tipo de objecto _____

3 - A exposição ocorreu:

Antes da utilização do objecto

Durante da utilização do objecto

Após da utilização do objecto

4 - Contacto do objecto com sangue ou outros fluídos corporais do utente? Sim Não

5 - A exposição foi:

Superficial

Profunda

6 - Reacção após o acidente:

- Não tomou nenhuma medida
- Lavou com água corrente
- Fez expressão do local da picada
- Desinfectou o local

7 - Identificação do acidente:

- Ao proceder o embainhamento da agulha
- Ao retirar a agulha do utente
- Agulha/lâmina deixada em local impróprio
- Desinfectou o local
- Contentor demasiado cheio
- Gesto intempestivo do utente
- Na manipulação de lixo / roupa suja
- Agulha/lâmina usada para fins impróprios
- Outra situação

Qual? _____

8 - Identificação da fonte/utente envolvido no acidente? Sim Não

a) - Se sim, indique:

Nome _____

Morada _____

Contacto (telefone): _____

b) - Se internado, indique:

Serviço _____ Cama _____

Diagnóstico _____

9 - Tinha conhecimento da situação do utente relativamente a:

- Hepatite B Sim Não
- Hepatite C Sim Não
- VIH (Sida) Sim Não

a) - Se sim, assinalar se o doente é portador de:

Ag HBs (vírus da Hepatite B)

VHC (vírus da Hepatite C)

VH1 (vírus da imunodeficiência humana)

VIH2 (vírus da imunodeficiência humana)

Outra doença infecciosa

Qual? _____

10 - Quais as barreiras protectoras que utilizava quando ocorreu o acidente?

Luvas Avental Óculos Máscara Nenhum

11 - Foi colhido sangue ao utente envolvido para determinação de AgHBs, VHC e VIH?

Sim Não

a) - Se sim, tem conhecimento do resultado? Sim Não

Resultado _____

12 - Foi colhido sangue ao profissional acidentado para determinação de AgHBs, VHC e VIH?

Sim Não

a) - Se sim, tem conhecimento do resultado? Sim Não

Resultado _____

13 - Situação vacinal do acidentado (VAHB):

Não vacinado Vacinado 1ª dose

Vacinado 2ª dose Vacinado 3ª dose

a) - Data da última vacina _____

14 - Após vacinação fez análise para avaliar a eficácia da vacina (titulação do AcHBs) ?

Sim Não

a) - Se sim, qual o resultado? _____

15 - Iniciou terapêutica antiretroviral?

Sim

Não

Opiniões/Sugestões do acidentado

Data: ____ / ____ / ____

O Acidentado
