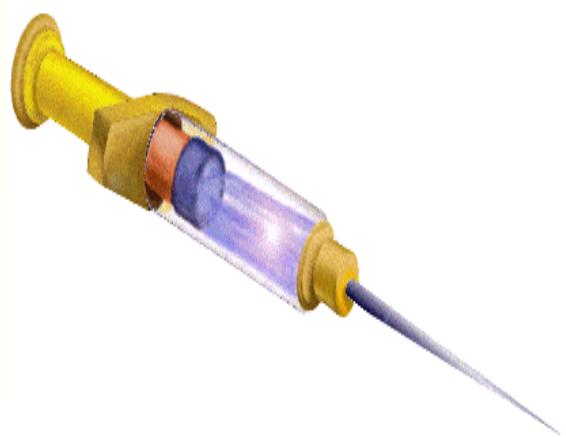


EXPOSIÇÃO ACIDENTAL A MATERIAL POTENCIALMENTE CONTAMINADO

PROTOCOLO DE ACTUAÇÃO

(2ª edição - revista)



2006

PREÂMBULO

O presente manual pretende ser um instrumento orientador na uniformização de metodologias e práticas de actuação em todas as unidades de saúde da Administração Regional de Saúde do Centro, nas situações de exposição acidental dos trabalhadores da saúde a material potencialmente contaminado.

Foi elaborado em conjunto pelos responsáveis sub-regionais do Programa de Saúde Ocupacional (PSO), com base em protocolos existentes nos hospitais da região e após cuidada revisão bibliográfica, com a indispensável e prestimosa colaboração técnico-científica do Dr. Joaquim Oliveira e da Dr^a. Cristina Valente, médicos infecciosologistas respectivamente dos Hospitais da Universidade de Coimbra e Centro Hospitalar de Coimbra.

A sua efectividade só é possível com a sensibilização e o envolvimento continuado de todos os profissionais da saúde nas situações de exposição acidental a material potencialmente contaminado, sendo esta finalidade a razão major deste documento.

Face à evolução contínua dos conhecimentos nesta área, deverá o presente documento ser revisto e actualizado, sempre que se justifique.

Os Responsáveis do Programa de Saúde Ocupacional

Centro Regional de Saúde Pública do Centro

João Crisóstomo Pereira Borges - Médico de Saúde Pública - SRS de Coimbra
Maria Alice Quintas - Enfermeira de Saúde Pública - SRS de Coimbra
Cândida Ramos - Técnica de Saúde Ambiental - SRS de Coimbra

Sub-Região de Saúde de Aveiro

Ofélia Almeida - Médico de Saúde Pública

Sub-Região de Saúde de Castelo Branco

Américo - Técnico de Saúde Ambiental

Sub-Região de Saúde de Coimbra

Avelino Jesus Silva Pedroso - Médico de Saúde Pública

Sub-Região de Saúde de Guarda

José Manuel Martins Valbom - Médico de Saúde Pública

Sub-Região de Saúde de Leiria

Rui Oliveira - Médico de Saúde Pública

Sub-Região de Saúde de Viseu

Luís de Carvalho - Médico de Saúde Pública

Grupo de Trabalho

Rui Oliveira - Médico de Saúde Pública
Ofélia Almeida - Médico de Saúde Pública
Cândida Ramos - Técnica de Saúde Ambiental

INDICE

I – Introdução	3
II – Objectivos	4
III – Definições e conceitos	5
IV – Factores de risco de infecção pós-exposição	7
V – Normas de procedimentos após exposição acidental a material potencialmente contaminado	9
VI – Recomendações pós-exposição	12
VII – Bibliografia	20
VIII – ANEXOS	
Anexo I – Questionário	
Anexo II – Termo de Responsabilidade	

I – INTRODUÇÃO

A exposição acidental em serviço, a material contaminado, é um risco permanente a que estão sujeitos os profissionais de saúde no desempenho das suas funções.

A redução dos riscos de transmissão acidental de doença aos trabalhadores da saúde é da responsabilidade da Instituição, que deve garantir as condições necessárias para um trabalho com segurança, mas também, e não menos importante, do trabalhador.

Assim, todo o profissional envolvido nos cuidados assistenciais aos doentes, deve executar as suas tarefas, cumprindo as normas de segurança, **não esquecendo** que:

- Melhor do que tratar após exposição, é **PREVENIR A EXPOSIÇÃO**;
- Todo o doente é potencial portador de doença transmissível; deverão ser identificados **procedimentos de riscos** e não doentes de risco;
- Na execução de qualquer acto assistencial envolvendo potencial contacto com material orgânico, o trabalhador deve saber seleccionar as **barreiras de protecção adequadas** a cada situação;
- Das doenças transmissíveis, existe uma para a qual há vacina, com eficácia comprovada – **hepatite B**. Esta é fornecida gratuitamente pela Instituição, mas é da responsabilidade do trabalhador efectuar-la e assegurar-se do seu estado imunitário pós vacinação.

II – OBJECTIVOS

Garantir a prestação de primeiros socorros e encaminhar para os Hospitais das áreas respectivas, caso se justifique.

Assegurar a análise de todos os incidentes/acidentes, com vista a implementar medidas correctivas.

Assegurar a participação dos acidentes ocorridos de acordo com o regime geral (D.L. nº 100/99, 31/03) e aplicável aos servidores do estado, subscritores da Caixa Geral de Aposentações (D.L. nº 503/99, 20/11).

Preencher os suportes de informação adequados.

III – DEFINIÇÕES E CONCEITOS

Acidente com exposição ao sangue

É todo o contacto com sangue ou líquido biológico contaminado com sangue por:

- solução de continuidade da pele (picada ou corte);
- projecção sobre uma mucosa ou pele lesada (ferida, eczema, escoriação, ...).

Acontecimento perigoso

Todo o evento que sendo facilmente reconhecido, possa constituir risco de acidente ou de doença para os trabalhadores, no decurso do trabalho.

Agente patogénico

Elemento ou microorganismo susceptível de provocar o aparecimento de doença ou sintomas mórbidos.

Cortante

Todo o objecto que pode puncionar a pele e que pode estar contaminado com sangue e/ou outro fluído orgânico.

Estado de imunidade

Capacidade de defesa que determinado organismo vivo apresenta em determinado momento, em relação a invasões exteriores por microorganismos não pertencentes a ele e potencialmente causadores de infecção/doença.

Fluídos orgânicos

Líquidos compostos por elementos ou partículas provenientes do Ser Humano:

Potencialmente infectante – sangue, sémen, secreções vaginais, líquidos cefalo-raquidiano, pleural, pericárdico, amniótico, sinovial ou peritoneal

Não infectante - urina, suor, saliva e lágrimas.

Incidente

Todo o evento que afecta determinado trabalhador, no decurso do trabalho ou com ele relacionado, do qual não resultem lesões corporais diagnosticadas de imediato, ou em que estas só necessitem de primeiros socorros.

Infecção

É a presença e multiplicação de microorganismos nos tecidos e fluídos orgânicos.

Material perfurante/cortante

Inclui: agulhas, lâminas, vidros (ex: tubo de ensaio, lâminas), espículas ósseas, tesouras e pinças com garras.

Solução de continuidade

Termo utilizado para representar todo o acontecimento ou acto que implique a rotura de uma barreira natural (corte, ferida na pele, úlcera, perfuração, ...).

A integridade da pele considera-se comprometida sempre que haja pele gretada, dermatite, abrasão ou ferida aberta.

IV – FACTORES DE RISCO DE INFECCÃO PÓS-EXPOSIÇÃO

Após exposição a material potencialmente contaminado, o risco de transmissão vai depender de vários factores relacionados com:

➤ Tipo de acidente

- Via de exposição

o risco é muito **maior** quando a via é **percutânea**;

- Profundidade da lesão

quanto **mais** profunda **maior** é o risco;

- Tamanho da lesão

quanto **mais** extensa, **maior** o risco;

- Quantidade de inóculo

este é um dos mais importantes aspectos a avaliar, sendo óbvio que quanto **maior** o inóculo, **maior** o risco;

por outro lado, o risco é **maior** com agulha ôca e de maior calibre;

- Tipo de contaminação

a inoculação de sangue tem um risco **muito superior** ao dos outros líquidos orgânicos. Do mesmo modo, os acidentes de laboratório são particularmente perigosos quando é inoculado, inadvertidamente, material de cultura do vírus, pois este tem uma elevada concentração do agente;

- Tempo de latência do material contaminante

o risco é tanto **maior** quanto **mais recente** for o material inoculado – a agulha acabada de retirar da veia do doente (“agulha quente”) tem um risco **mais elevado** do que uma agulha esquecida há horas em cima da bancada.

➤ **Doente**

• Avaliação

O risco varia com a fase de evolução da infecção VIH no doente, isto é, quanto **maior** for a virémia, **maior** será o risco.

Assim, o conhecimento do estado imunitário do doente (CD4 e carga viral recentes) é muito importante para a avaliação do risco envolvido.

➤ **Trabalhador**

• Estado imunológico

Se houver imunodepressão de qualquer etiologia haverá um **maior** risco de aquisição de infecção.

A imunodepressão pode resultar de múltiplas causas, transitórias ou permanentes, como por exemplo: viroses, terapêutica com corticóides e/ou outros imunodepressores, diabetes, insuficiência renal crónica, etc.

➤ **Agente patogénico**

• Para o mesmo tipo de acidente e para o mesmo inoculo, o potencial de transmissão é **superior** no caso do vírus da hepatite B e da hepatite C, relativamente ao VIH.

Na hepatite B, a presença de AgHbe positivo indica em geral maior **infecciosidade**.

V – NORMAS DE PROCEDIMENTO APÓS EXPOSIÇÃO ACIDENTAL A MATERIAL POTENCIALMENTE CONTAMINADO

Medidas Imediatas:

1 – Picada ou Corte

- Limpeza imediata da zona lesada com água e sabão.

2 – Contacto com a pele ou mucosas (nariz, boca, olhos)

- Lavar abundantemente com jacto de água ou soro fisiológico.

3 – Contacto directo com pele lesada

- Limpeza da zona atingida com água e sabão.
- Desinfecção (ex: polividona iodada em solução dérmica).

NOTA: Não se recomenda a aplicação de agentes cáusticos (ex: lixívia) ou a injeção de anti-sépticos ou desinfectantes nas feridas.

4 – Profissional acidentado / utente

- Suspender de imediato toda a actividade.
- Colher de imediato sangue ao utente envolvido no acidente, com consentimento deste, para efectuar serologia da hepatite B, C e VIH (1 e 2).
- O profissional acidentado deve deslocar-se ao serviço de urgência, se possível, para realizar a sua colheita de sangue, fazendo-se acompanhar da colheita do utente devidamente identificada e com informação clínica relevante.
- Se fonte desconhecida, manter o procedimento anterior respeitante ao profissional acidentado.

NOTA: Iniciar medidas profiláticas a indicar pelo médico da Urgência, em função do presente protocolo e do risco envolvido em cada situação.

O resultado do teste VIH do doente deverá ser comunicado ao médico que o solicitou, **em menos de duas horas, para poderem ser tomadas as necessárias medidas.** O trabalhador deverá certificar-se desse resultado antes de abandonar a Urgência.

As restantes análises serão enviadas pelo Laboratório, nas 72 horas seguintes, para a SSO (Serviço Saúde Ocupacional) ou em alternativa para a CCI (Comissão Controlo Infecção) da Instituição (SSO/CCI) e entregue cópia ao trabalhador, em envelope fechado, devendo este contactar de imediato a SSO/CCI, para tomada de decisão de outras medidas e follow-up, se necessário.

A SSO/CCI é igualmente responsável por comunicar o resultado das análises ao doente envolvido e orientá-lo para consulta, caso necessário.

Se o teste VIH do doente for positivo deverá a instituição hospitalar que o assistiu ou a SSO/CCI, após lhe serem facultados os resultados das análises, convocá-lo e pedir repetição da análise para confirmação por ELISA e Western Blot; não deve ser dada esta informação ao doente, sem confirmação, apenas com base num teste rápido de diagnóstico. No entanto, se este teste rápido é positivo, o trabalhador deve ser aconselhado a iniciar de imediato profilaxia de acordo com as recomendações apresentadas (Escala de Trauma). Caso se trate de falso positivo, poderá posteriormente suspendê-la, visto que o risco e consequências duma eventual transmissão do VIH se sobrepõe aos risco de toxicidade duma terapêutica antiretroviral de curta duração(geralmente a confirmação é possível em menos de 1 semana).

5 – Comunicar ao superior hierárquico

6 – Contactar Serviço de Saúde Ocupacional

- Contactar o mais rapidamente possível o serviço de Saúde Ocupacional, que avaliará as circunstâncias do acidente e as medidas de prevenção a tomar.

Outras medidas:

7 – Auto de Notícia

- Comunicação do acidente de trabalho ao Serviço de Pessoal, no prazo de 48h (Anexo I, D.L. nº 503/99).

8 – Questionário

- Preencher o questionário (a enviar à Comissão de Controlo de Infecção da Sub-Região).

Contacto(s): Serviço de Infecciologia do Hospital Distrital ou Central (da área)

Telefone: _____

VI – RECOMENDAÇÕES PÓS-EXPOSIÇÃO

Hepatite B

A prevenção da transmissão do vírus da hepatite B é possível através da vacinação, que tem uma eficácia comprovada em mais de 95% dos casos e efeitos secundários negligenciáveis.

Recomendações para profilaxia pós exposição ao vírus da hepatite B

Estado vacinal e titulação de anticorpos a trabalhador exposto	Doente AgHBs positivo	Doente AgHBs negativo	Doente desconhecido
NÃO VACINADO OU VACINAÇÃO EM CURSO	- Imunoglobulina anti Hepatite B* - Iniciar ou complementar vacinação (esquema acelerado) **	Iniciar ou completar vacinação	- Imunoglobulina anti Hepatite B opcional . - Iniciar ou completar vacinação
VACINADO			
Presença de anticorpos anti-HBs > 10 mUI/ml	Nada	Nada	Nada
Não respondedor anti-corpos anti-HBs < 10 mUI/ml	- Se já fez 2 vacinações completas e não respondeu, fazer Imunoglobulina anti Hepatite B*** - Se só tem uma vacinação completa e não respondeu, fazer Imunoglobulina anti Hepatite B e iniciar revacinação (esquema acelerado)	Nada se já tiver 2 vacinações completas: revacinar se só fez uma vacinação	Se as circunstâncias do acidente sugerirem risco de exposição ao VHB e tratar como se fosse Ag HBs positivo. Nos restantes casos actuar como AgHBs negativo
Desconhece resposta à vacina anti-HBs	Avaliação de anticorpos anti-HBs - > 10 mUI/ml - nada - < 10 mUI/ml – actuar como não imunizado	Avaliar acs anti HBs. Se < 10 mUI/ml actuar como não imunizado	Avaliar acs antiHBs. Se < 10 mUI/ml actuar como não imunizado

* Dose 0,06 mg/Kg IM; pode ser administrada até 72 horas após acidente.

** A vacinação deve ser iniciada de preferência nas 24 horas seguintes à exposição, e concomitante com a imunoglobulina quando houver lugar, administrada em locais separadas.
Esquema acelerado

Dose	1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a
Meses	0	1	2	12

*** Opcionalmente poderão ser dadas doses, a primeira dose o mais precocemente possível e a segunda um mês depois

Follow up

Deve ser feito se o trabalhador não está vacinado ou tem anticorpos anti-HBs < 10 mUI/ml e o doente é AgHBs positivo ou desconhecido.

Controlo Laboratorial

Na 4^a, 12^a semana e 6 meses:

- Transaminases
- Ag HBs
- Ac HB
- Ac HBs (1 mês após completar vacinação)

Hepatite C

Não existe até ao momento actual qualquer tipo de intervenção preventiva, quer primária por vacinação, quer secundária após exposição, para o VHC. No entanto, há algumas recomendações para o seguimento dos trabalhadores acidentalmente expostos ao VHC.

Recomendações para seguimento do trabalhador após exposição ao vírus da hepatite C

Profissional exposto

Avaliação anticorpos anti-VHC e doseamento das transaminases.

Nota: A utilização de imunoglobulinas ou agentes antivirais não está indicada uma vez que os dados disponíveis até à data não sugerem que sejam benéficos.

Folow-up

O follow-up dos profissionais expostos ao VHC deve ser efectuado em consulta hospitalar, a marcar pela SSO/CCI da instituição após receber a comunicação do acidente.

Há grande interesse na identificação precoce da infecção pela VHC, pois a terapêutica precoce parece aumentar a probabilidade de cura.

A extensão do follow-up aos 12 meses pode ser considerada em alguns casos. Quando o doente é VHC e VIH positivo e há, portanto risco de co-infecção VHC e VIH simultânea, a seroconversão pode ser mais tardia.

Controlo Laboratorial

Às 6 e 12 semanas:

- Transaminases
- RNA HCV

Se negativos, repetir transaminases e anticorpos anti VHC aos 6 meses.

VIH

O início da profilaxia pós-exposição ao VIH deve ser precoce, sendo mais eficaz se for introduzida nas primeiras **2 horas** após a exposição. Nas recomendações para a profilaxia pós-exposição ao VIH consideram-se 4 factores principais, para definir o grau de risco :

- 1 – Lesão profunda
- 2 – Sangue fresco visível no instrumento que causou lesão
- 3 – Lesão causada por instrumento utilizado em punção venosa ou arterial do doente
- 4 – Doente com virémia elevada

Os trabalhadores que foram expostos ao VIH devem usar as seguintes medidas para prevenir a transmissão secundária do vírus, especialmente durante as primeiras 6-12 semanas, altura que é esperada a seroconversão:

- Abstinência sexual ou uso de preservativo, para prevenir a transmissão por via sexual e evitar a gravidez;
- Não doar sangue, tecidos ou esperma;

➤ Se está a amamentar, deve ser aconselhada a suspensão, especialmente após uma exposição de alto risco.

Importante

O trabalhador que pretende iniciar terapêutica com antiretrovirais, depois de ter discutido os seus riscos e benefícios, deve dar o seu consentimento por escrito, assinando o termo de responsabilidade. A quimioprofilaxia deve ter duração de 4 semanas.

Se o trabalhador foi aconselhado pelo médico a iniciar antiretrovirais e recusou, deve igualmente assinar termo de responsabilidade.

Follow-up

Qualquer trabalhador que tenha sido exposto ao VIH deve ser avaliado, quer tenha iniciado ou não profilaxia pós-exposição.

O follow-up dos profissionais expostos ao VIH deve ser efectuado em consulta hospitalar, a marcar pela SSO/CCI da Instituição após receber a comunicação do acidente.

A extensão do follow-up aos 12 meses deve ser ponderada consoante o caso. Quando o doente é VHC e VIH positivo e há, portanto risco de coinfeção VHC e VIH, a seroconversão pode ser mais tardia.

Controlo laboratorial

Às 4 e 12 semanas e aos 6 meses (e em qualquer altura, durante este período, se houver clínica sugestiva de primoinfecção) efectuar:

- Anticorpos anti VIH (ELISA)

Caso o trabalhador tenha iniciado terapêutica antiretroviral, deve efectuar na 1ª e na 4ª semanas, para verificar eventual toxicidade medicamentosa:

- Hemograma com plaquetas
- Glicémia
- Ureia

Protocolo de Actuação Após Exposição Acidental a Material Potencialmente Contaminado

- Creatinina
- CPK
- Transaminases
- Bilirrubinas
- Gama-GT
- Fosfatase Alcalina

Recomendações para profilaxia pós exposição percutânea ao VIH

Estado da Fonte					
Tipo de Exposição	VIH + Classe 1	VIH + Classe 2	VIH Desconhecido	Fonte Desconhecida	VIH Negativo
Menos grave	Regime Básico	Regime expandido	Nada ou Regime Básico se factores de risco para VIH grande	Nada ou Regime Básico se em locais com exposição potencial VIH	Nada
Mais grave	Regime expandido	Regime expandido	Nada ou Regime Básico se factores de risco para VIH	Nada ou Regime Básico se em locais com exposição potencial VIH	Nada

Recomendações para profilaxia pós exposição de mucosas ou pele não íntegra ao VIH

Estado da Fonte					
Tipo de Exposição	VIH + Classe 1	VIH + Classe 2	VIH Desconhecido	Fonte Desconhecida	VIH Negativo
Volume Pequeno	Regime Básico	Regime Básico	Em regra nada	Em regra nada	Nada
Volume Grande	Regime Básico	Regime Triplo	Nada ou Regime Básico se factores de risco para VIH	Nada ou Regime Básico se em locais com exposição potencial VIH	Nada

Protocolo de Actuação Após Exposição Acidental a Material Potencialmente Contaminado

Nota: Em condições normais o contacto com pele íntegra não constitui risco para transmissão da infecção VIH. Contudo, se a exposição for o sangue e as circunstâncias sugerirem um grande volume (área extensa de pele exposta ou contacto prolongado) o risco de transmissão da infecção VIH deverá ser considerado.

Esquemas terapêuticos

Regime Básico	Preferidos :AZT + 3TC ou AZT+ FTC ou TDF+FTC ou TDF +3TC Alternativos: D4T + 3TC ou DDI + 3TC ou DDI + FTC
Regime Triplo	Preferido: Regime Básico + LPV/r ou Alternativos: ATZ +/- RTV ou FosAPV +/- RTV ou IDV +/- RTV ou SQV +/- RTV ou NFV ou EFV ou

Efeitos tóxicos a curto prazo

Fármaco	Efeitos secundários	Recomendações
Zidovudina (AZT)	Náuseas, dor de cabeça, fadiga, insónia, dores musculares, anemia e raramente neutropenia. (Todos estes efeitos são reversíveis).	Para a intolerância gástrica recomenda-se a administração com as refeições
Lamivudina (3TC)	Dor abdominal, náusea, diarreia, exantema e pancreatite	Normalmente é bem tolerada.
Estavudina (D4T)	Neuropatia periférica, cefaleias, diarreia, náuseas, insónia, anorexia, pancreatite; hepatite; anemia e neutropenia	Não há contra-indicação na toma.
Didanosina (DDI)	Pancreatite, acidose láctica, neuropatia periférica Diarreia;dores abdominais e náuseas	A toma deve ser feita 1h antes das refeições ou 2h depois
Entricitabina (FTC)	Cefaleias, náusea, vómitos diarreia, exantema	
Tenofovir (TDF)	Náusea, diarreia, vómitos, flatulência, cefaleias	
Indinavir (IDV)	Náusea, dor abdominal, litíase renal, hiperbilirrubinémia	Deve-se ingerir pelo menos 1,5 litros de líquidos por dia
Nelfinavir (NFV)	Diarreia, náusea, dor abdominal, astenia	A diarreia normalmente responde à loperamida
Ritonavir (RTV)	Astenia, diarreia, náusea, colesterol e triglicéridos elevados	
Saquinavir (SQV)	Diarreia, náusea, dor abdominal, hiperglicemia e alteração das provas hepáticas	
Fosamprenavir (FosAPV)	Náuseas, diarreia exantema, parestesias circunmoriais, alteração do paladar, depressão	
Atazanavir (ATZ)	Náusea, cefaleias, exantema, dor abdominal diarreia, vómitos, hiperbilirrubinemia	
Lopinavir (LPV/R)	Diarreia, fadiga, cefaleia, náusea, colesterol e triglicéridos elevados	
Efavirenz (EFV)	Insónia, sonolência, zumbidos, dificuldade de concentração, sonhos anormais, exantema, que pode raramente progredir Síndrome Stevens-Johnson.	Deve ser tomado à noite, antes de deitar.

A terapêutica com Indinavir e Nelfinavir contra-indica o uso de contaminante de anti-histaminicos, cisapride, Ketoconazol e vários outros medicamentos, assim como pode interferir com a eficácia dos contraceptivos orais, pelo que o trabalhador deve sempre consultar o médico caso necessite de tomar alguma outra medicação em simultâneo.

Durante o período de terapêutica deve ser evitada a gravidez pelo que se recomenda uma contracepção eficaz.

Importante

Nos casos de exposição documentada ou de elevado risco ao VIH, deve ser procurado, logo que possível, aconselhamento com médico especializado em infecção VIH. Em casos de suspeita de transmissão de vírus resistente aos fármacos acima indicados, poderão ser considerados outros fármacos. Isto não deve atrasar o início da terapêutica, e acordo com esquemas recomendado, visto este poder posteriormente ser alterada, caso necessário.

Caso particular de trabalhadora grávida ou a amamentar

Durante o **primeiro trimestre** não deverão ser administrados quaisquer fármacos – no entanto se o risco de exposição ao VIH for muito elevado a situação deverá ser discutida com o Obstetra e Pediatra.

No **segundo e terceiro trimestre** e **durante a amamentação** o risco já é menor e já existe experiência razoável com AZT e Lamivudina. No entanto, não são ainda conhecidos possíveis efeitos a longo prazo de exposição do feto/recém-nascido a estas drogas, pelo que a situação deverá ser sempre cuidadosamente avaliada e de preferência com a colaboração do Obstetra e Pediatra.

Recomendações para follow-up nas situações de acidente em que não é conhecido o doente (ou o seu status em relação ao VIH, VHB ou VHC)

1 – Se as circunstâncias em que ocorreu o acidente sugerirem risco elevado de exposição ao VIH, VHB ou VHC, actuar como está recomendado nas exposições documentadas a este vírus. (ex: picada de agulha oca com sangue fresco visível a doente toxicodependente).

2 – Nos restantes casos, o trabalhador deve fazer follow-up em consulta a definir pela Instituição onde trabalha, com vigilância ao 1º, 3º e 6º mês, devendo ser requisitadas as seguintes análises:

- HCV
- HIV 1 e 2 (ELISA)

BIBLIOGRAFIA

Controlo de Infecção no Ambulatório – Manual de Procedimentos, Comissão de Controlo da Infecção, ARS Lisboa e Vale do Tejo, SRS Setúbal, Abril 1998

CDC, 2001, MMWR nº50, RR 11

Manual Controlo Infecção Hospitalar de S. Francisco Xavier, Comissão Controlo Infecção Hospitalar, Lisboa 1996

Protocolo de Actuação após Exposição Acidental a Material Potencialmente Contaminado, Comissão Controlo Infecção, ARS Algarve, SRS Faro, Outubro 2000

Diário da República, II Série, Decreto-Lei nº 100/99, 31 Março

Diário da República, II Série, Decreto-Lei nº 503/99 de 20 Novembro