**Notificación obligatoria de Accidentes de Riesgo Biológico**

Accidente de Riesgo Biológico:

Los accidentes de riesgo biológico en salud consideran la exposición a fluidos corporales de alto riesgo infeccioso, mediante el contacto de estos con lesiones percutáneas, punciones, cortes, o por contacto con mucosa o piel no intacta del personal de salud.

El siguiente registro deberá ser llenado por el estudiante o académico involucrado en un accidente de riesgo biológico en salud y solo podrá retomar su práctica clínica una vez enviada esta documentación a la Dirección de Estudios de la Escuela de Enfermería con copia a su docente guía y profesora coordinadora de asignatura.

Nombre completo …………………………………………………RUN …………………… Fecha…………………………………

Servicio ………………………………………………… Hospital/Clínica ……………………………………………………………….

Inmunización VHB …………………………… Fecha y número última dosis ………………………………………………

Fecha del accidente ………………………………………… Hora del accidente ………………………………………………

Descripción del accidente:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Sitio anatómico involucrado ……………………………………………………………………………………………………………

Fluido corporal de alto riesgo involucrado………………………………………………………………………………………

Tipo de accidente: superficial profunda, mayor a 0,5 cms.

|  |  |
| --- | --- |
| Punción |  |
| Corte |  |
| Salpicadura en piel no indemne |  |
| Salpicadura en mucosas |  |

Instrumental con fluido de alto riesgo biológico involucrado:

|  |  |
| --- | --- |
| Aguja hueca |  |
| Aguja no hueca |  |
| Bisturí |  |
| Otros: |  |

Identificación del paciente fuente:

Nombre ……………………………………………………………………………. RUN ………………………………………………….

Serología (+) para los siguientes virus:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| VIH | VHB | VHC | No conocida |

Paciente de riesgo: Sí …… No……..

Fundamente:…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Establecimiento clínico de derivación de la muestra del paciente y atención del estudiante:

……………………………………………………………………………………………………

Observaciones: ………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Acuerdos con la Estudiante para evitar nuevos eventos: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Nombre Estudiante

Firma Estudiante

Nombre Prof. Guía Nombre Prof. Coordinador Nombre Directora de Estudios

Firma Prof. Guía Firma Prof. Coordinador Firma Directora de Estudios