

ID.....

**INFORTUNIO DA ESPOSIZIONE A MATERIALE BIOLOGICO  
POTENZIALMENTE INFETTO  
SCHEDA DI FOLLOW UP**

Cognome..... Nome ..... Sesso M / F  
Data di nascita..... Luogo di nascita.....  
Residenza.....  
Data infortunio..... Ora..... Reparto/Servizio .....  
Ora inizio turno.....  
Data assunzione in Ospedale: ..... Infortuni precedenti si/no  
Data.....  
Note.....

Qualifica: 

<input type="checkbox"/> Medico	<input type="checkbox"/> Medico frequentatore	<input type="checkbox"/> Capo Sala	<input type="checkbox"/> Infermiere	<input type="checkbox"/> Ostetrica	<input type="checkbox"/> Tecnico di laboratorio
<input type="checkbox"/> Tecnico di Radiologia	<input type="checkbox"/> Ausiliario	<input type="checkbox"/> OTA	<input type="checkbox"/> OSS	<input type="checkbox"/> Fisioterapista	<input type="checkbox"/> Altro.....

  
Modalità di infortunio: 

<input type="checkbox"/> Puntura cute	<input type="checkbox"/> Taglio cute	<input type="checkbox"/> Esposizione mucosa	<input type="checkbox"/> Esposizione congiuntivale	<input type="checkbox"/> Esposizione cute	<input type="checkbox"/> Altro.....
---------------------------------------	--------------------------------------	---------------------------------------------	----------------------------------------------------	-------------------------------------------	-------------------------------------

Provenienza materiale biologico:

PAZIENTE NOTO  PAZIENTE IGNOTO   
N. cartella clinica.....

Compilazione riservata al Medico di Reparto/Servizio

**DATI PAZIENTE FONTE**

Diagnosi paziente fonte di contagio (e/o ipotesi diagnostica più consistente):  
.....  
.....  
.....

Esami paziente fonte di contagio (già noti al momento dell'infortunio) :

HBsAg  Non disponibile  Negativo  Positivo Data esame.....  
HCV Ab  Non disponibile  Negativo  Positivo Data esame.....  
HIV Ab  Non disponibile  Negativo  Positivo Data esame.....  
Altro.....

Se il paziente è HBsAg positivo:

HDV Ab IgG  Non disponibile  Negativo  Positivo Data esame.....

Il paziente fonte di contagio:

0 ACCONSENTE

0 NON ACCONSENTE

al prelievo ematico per gli esami previsti dalla procedura follow up (HBsAg - HCV Ab - HIV Ab - HDV Ab IgG se paziente è HBsAg +)

Prelievo eseguito il.....alle ore.....

Data.....

Firma Dirigente Medico.....

## RACCOLTA DATI

L' infortunio è stato causato dall'operatore esposto:  SI  NO, da.....

**1. L'esposizione è avvenuta in occasione di:**

- Prelievo
- Procedure di laboratorio
- Assistenza di routine
- Manovre chirurgiche
- Esame endoscopico
- Esame autoptico
- Manovre di rianimazione
- Altro.....

**2. Lesioni da taglianti:**

- Bisturi
- Altro.....

**3. Lesione da puntura con ago:**

- Vacutainer
- Butterfly
- Ago-cannula
- Ago ipodermico
- Ago standard
- Ago da sutura
- Altro.....

**4. Descrizione ferita:**

- Superficiale
- Profonda
- Senza sanguinamento
- Con sanguinamento

**5. Sede lesione o contaminazione cutanea:**

- Mano  dx  sx
- Arto superiore  dx  sx
- Volto  Mucosa congiuntivale
- Altro.....

Si è verificato contatto prolungato di vasta area cutanea con sangue?  SI  NO

**6. Condizioni dell'area cutanea interessata prima dell'esposizione:**

- Cute integra:  SI  NO
- Cute lesa:  SI  NO

Specificare tipo di lesione.....

**7. Scopo per cui era stato usato l'oggetto:**

- Ignoto
- Iniezione IM, SC, EV, FLEBO
- Inserimento ago-cannula
- Prelievo venosa/arterioso
- Prelievo da dito, tallone, lobo auricolare
- Sutura
- Incisione
- Altro.....

**Descrizione dell'incidente:**

.....

.....

.....

**8. L'incidente si è verificato:**

- Durante l'uso dell'oggetto
- Smontando o montando un presidio
- Reincappucciando un ago usato
- Dopo l'uso prima dell'eliminazione
- Gettando l'oggetto nel contenitore dei taglienti
- Con un oggetto che fuoriesce o che ha forato il contenitore dei taglienti
- Con un oggetto fuoriuscito dal sacco dei rifiuti o da un contenitore non idoneo
- Altro.....

**9. Il contenitore dei taglienti era a portata di mano:**

- Si  No
- Non disponibile  Altro.....

**10. L'ago o il tagliente era visibilmente contaminato di sangue?**

SI  NO

**11. Si è verificata inoculazione di sangue?**

- SI, quantità inoculata.....cc.
- NO
- NON SO

**12. Barriere protettive utilizzate al momento dell'incidente:**

- Nessuno
- Guanti in lattice o in vinile
- Guanti in gomma
- Occhiali di protezione
- Occhiali da vista
- Mascherina con visiera
- Camice monouso
- Altro.....

**13. Procedure adottate dal dipendente subito dopo l'incidente:**

- Ha fatto sanguinare la ferita
- Ha lavato la parte con acqua
- Ha lavato la parte con acqua e sapone
- Ha disinfettato la parte
- Altro.....

**14. Materiale biologico a rischio:**

- Sangue
- Sperma o secrezioni genitali femminili
- Tessuti
- Altro materiale biologico: .....

Firma dell'operatore.....



## CHECK LIST DI VALUTAZIONE DEL RISCHIO POST ESPOSIZIONE ai fini della profilassi con antiretrovirali

(cerchiare il numero corrispondente alla condizione più vicina alla situazione realmente accaduta)

**TIPO DI ESPOSIZIONE:**

<i>Percutanea Con Ago</i>	<b>Con ago cavo</b>	SI 4	NO 3
	Se con ago cavo, calibro < 21 gauge	SI 1	NO 0
	Precedentemente inserito in vena o arteria	SI 2	NO 0
	<b>Con strumento tagliente con sangue visibile</b>	SI 4	NO 2
<i>Esposizione Di Membrane Mucose</i>	Con fuoriuscita di sangue dalla ferita prodotta	SI 1	NO 0
	Con possibile inoculo di sangue	SI 2	NO 0
	<b>Congiuntiva</b>	SI 6	NO 0
<i>Esposizione Di Cute</i>	<b>Altre mucose</b>	SI 2	NO 0
	Con lesioni visibili (tagli, abrasioni, lesioni eczematose non protette da bendaggi occlusivi)	SI 1	NO 0

**MODALITA' DELL'ESPOSIZIONE:**

<i>Durata Esposizione</i>	Pochi secondi	0	
	Minuti	1	
<i>Tempo intercorso dall'esposizione</i>	> 24 ore	- 2	
	< 24 ore		0
<i>Presenza di Barriere di Protezione</i>	Per esposizione per cutanea: guanti	SI -1	NO 0
	Per esposizione mucosa: mascherina in tessuto	SI -1	

**MATERIALE INFETTO:**

Sangue o fluidi a rischio	SI 2	NO 0
Colture virali	SI 4	NO 0
Quantità di sangue o fluidi a rischio:	grande	2
	modesta	0

**PAZIENTE FONTE:**

<i>Paziente con AIDS</i>	HIV positivo	2	
	sconosciuto	1	
<i>Paziente in terapia antiretrovirale</i>	<b>Conclamata o terminale</b>	SI 2	
	asintomatico	SI 0	
	oppure Con alta viremia (> 30,000 copie/ml)	SI 2	NO 0

*Paziente in terapia antiretrovirale* Con inibitori della proteasi (SQV, RTV, IDV\*)  
(\* nomi commerciali: Invirase, Norvir, Crixivan)

SI -1 NO 0

Sommare i singoli punteggi e verificare con i livelli sotto riportati:

**TOTALE si e no**

**NB.** Questa scala ha uno scopo solo indicativo: la valutazione è sempre soggettiva e di responsabilità del Medico, la decisione finale è dell'operatore sanitario esposto

**Punteggio**      fino a 6:      profilassi non raccomandata  
da 7 a 9:      profilassi offerta  
superiore a 10: profilassi raccomandata

NOTE.....  
.....  
.....  
.....

DATA.....

FIRMA DEL MEDICO.....

## PRIMI INTERVENTI PREVENTIVI

### PROFILASSI POST ESPOSIZIONE HIV

#### CONSULENZA SPECIALISTA MALATTIE INFETTIVE:

TELEFONICA  INVIO DELL'OPERATORE IN REPARTO

PROFILASSI CON ANTIRETROVIRALI:

- CONSIGLIATA  
 NON CONSIGLIATA

L'OPERATORE SANITARIO:  ACCETTA  RIFIUTA la profilassi (vedi consenso informato allegato)

PROFILASSI CONSIGLIATA DALL'INFETTIVOLOGO (DR.....):

DATA.....

FIRMA DEL MEDICO.....

*Compilazione riservata al Medico del Pronto Soccorso o Servizio Sorveglianza Sanitaria*

### PROFILASSI CON IMMUNOGLOBULINE EPATITE B

- Non somministrate  
 Somministrate

#### TRATTAMENTO POST-ESPOSIZIONE AI FINI DELLA PREVENZIONE DELL'EPATITE VIRALE B. (D. M. del 20/11/2000)

NB. Il presente schema si applica qualora il paziente fonte sia HBsAg +, non testato o sconosciuto.

<ul style="list-style-type: none"><li>Soggetti non vaccinati</li><li>Soggetti vaccinati di cui non si conosce la risposta al ciclo di immunizzazione passiva</li></ul>	<b>1 dose di vaccino antiepatite B</b> (entro il 14° giorno dall'esposizione) + <b>1 dose di immunoglobuline specifiche</b> (entro il 7° giorno dall'esposizione) (Somm.re in sedi corporee diverse- deltoide)
<ul style="list-style-type: none"><li>Soggetti vaccinati noti: NON RESPONDER</li></ul>	<b>1 dose di immunoglobuline specifiche</b> (entro il 7° giorno dall'esposizione)

Nome Commerciale..... Lotto..... Scad.....

### VACCINAZIONE ANTIEPATITE B

L'operatore Sanitario è:

Non Vaccinato  
 Vaccinato Anno.....

Risposta anticorpale post vaccinale:  Positiva  
 Negativa (non responder)  
 Non noto

Somministrazione dose vaccino:

- NO  
 SI

Nome Commerciale..... Lotto..... Scad.....

Note.....

DATA.....

FIRMA DEL MEDICO.....



**CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DEI PRELIEVI  
PER ESPOSIZIONE A MATERIALE BIOLOGICO**

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_

**ACCONSENTO**

**NON ACCONSENTO**

al prelievo di sangue per la ricerca dei markers HBV (HBsAg, ), HCV (HCV Ab), HIV (HIV Ab).

Dichiaro di essere informato/a che tali esami si rendono necessari a seguito dell'esposizione accidentale a materiale potenzialmente infetto del/della dipendente Sig. \_\_\_\_\_, assegnata/o all'Unità Operativa \_\_\_\_\_.

L'autorizzazione a tali accertamenti è subordinata al rispetto della privacy.

*La copia degli accertamenti potrà essermi consegnata a seguito di mia richiesta dal personale dell'Unità Operativa Medicina Trasfusionale.*

*Nulla è dovuto da parte mia per i prelievi espressamente autorizzati con la presente.*

Data

Firma

.....

.....

Firma del Medico

.....

## CONSENSO INFORMATO PER LA VACCINAZIONE ANTI-EPATITE B

\_\_\_ I \_\_\_ sottoscritt \_\_\_\_\_

nat\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

qualifica \_\_\_\_\_ Servizio \_\_\_\_\_

in relazione all'esposizione a materiale potenzialmente infetto, sulla base di quanto discusso

con il Dott. \_\_\_\_\_ circa:

- *il tipo di vaccino e il protocollo per l'esecuzione del ciclo vaccinale accelerato (Decreto Ministeriale del 20.11.2000),*
- *le controindicazioni e gli eventuali effetti collaterali*
- *l'importanza di iniziare tempestivamente il ciclo vaccinale*

dichiaro inoltre di **NON** essere mai stato sottoposto a vaccinazione antiepatite B e di aver ben compreso quanto mi è stato spiegato, pertanto

esprimo il

**CONSENSO/RIFIUTO**  
(barrare la voce che NON interessa)

ad effettuare il ciclo di vaccinazione antiepatite B.

Firma dell'operatore esposto

Firma e timbro del Medico

.....

Data.....





**CONSENSO INFORMATO PER LA PROFILASSI CON  
IMMUNOGLOBULINE PER EPATITE B**

\_\_\_ I \_\_\_ sottoscritt \_\_\_\_\_

nat\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

qualifica \_\_\_\_\_ Servizio \_\_\_\_\_

in relazione all'esposizione a materiale potenzialmente infetto, sulla base di quanto discusso con  
il Dott. \_\_\_\_\_ circa:

- *i rischi connessi alla somministrazione di emoderivati;*
- *l protocollo per l'esecuzione della profilassi con immunoglobuline per epatite virale B (Decreto Ministeriale del 20.11.2000);*

dichiaro di aver ben compreso quanto mi è stato spiegato e pertanto

esprimo il

**CONSENSO/RIFIUTO**  
(barrare la voce che NON interessa)

alla somministrazione delle immunoglobuline specifiche per l'epatite virale B.

Firma dell'operatore esposto

Firma e timbro del Medico

.....

Data.....

**CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DEI PRELIEVI  
PER ESPOSIZIONE A MATERIALE BIOLOGICO**

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_

**ACCONSENTO**

**NON ACCONSENTO**

al prelievo di sangue per la ricerca dei markers HBV (HBsAg, HBsAb), HCV (HCV Ab), HIV (HIV Ab).

Dichiaro di essere informato/a che tali esami si rendono necessari a seguito dell'esposizione accidentale a materiale potenzialmente infetto. L'autorizzazione a tali accertamenti è subordinata al rispetto della privacy.

Data

Firma

.....

.....

Firma del Medico

.....



## CONSENSO INFORMATO PER LA PROFILASSI DELL'INFEZIONE DA HIV

\_\_\_ I \_\_\_ sottoscritt \_\_\_\_\_

nat\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

qualifica \_\_\_\_\_ Servizio \_\_\_\_\_

in relazione all'esposizione a materiale potenzialmente dal virus HIV infetto, sulla base di quanto appreso e discusso con il Dott. \_\_\_\_\_ riguardo:

- *l'entità del rischio di contrarre l'infezione da HIV, in generale e riferito al suo caso;*
- *l'efficacia della profilassi se attivata tempestivamente entro 4 ore dal contagio;*
- *le modalità di somministrazione, la possibile tossicità e le controindicazioni dei farmaci antiretrovirali;*

dichiaro di aver ben compreso quanto mi è stato spiegato, pertanto

esprimo il

**CONSENSO/RIFIUTO**  
(barrare la voce che NON interessa)

ad iniziare la profilassi con antiretrovirali.

Firma dell'operatore esposto

Firma e timbro del Medico

.....

Data.....