

ID.....

Regione
Lombardia

ASST Lecco

Compilazione riservata all'operatore sanitario

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: Modalità di infortunio:	<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.....
	<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>	Con ago cavo	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
	Con strumento tagliente con sangue visibile	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
	Congiuntiva	SI 6	NO 0
<i>Esposizione Di Cute</i>	Altre mucose	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>	Conclamata o terminale	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.....



**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;*
- *Il 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.....



Regione
Lombardia

ASST Lecco

**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.....