



FICHA EPIDEMIOLÓGICA DE EXPOSICIÓN ACCIDENTAL A FLUIDOS BIOLÓGICOS

(OCUPACIONAL Y NO OCUPACIONAL)

HOSPITAL					SERVICIO				
DATOS DEL ACCIDENTADO/VICTIMA									
APELLIDO Y NOMBRE									
EDAD	FECHA DE NAC.		/	/	DNI				
TELÉFONO				OBRA SOCIAL			N° AFILIADO		
FECHA DEL ACCIDENTE		/	/	HORA DEL ACCIDENTE		:			
TIPO DE ACCIDENTE	Profilaxis/Relaciones sexuales de Riesgo				Profilaxis/Accidente Ocupacional				
	Profilaxis/Abuso Sexual				Profilaxis/Otro				
DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE									
(exposición percutánea o cutáneo mucosa, tipo de instrumento cortopunzante, volumen de sangre en caso de exposición mucosa, uso de elementos de protección personal, tipo de fluido al que se expuso, etc)									

ANTECEDENTES PERSONALES DEL ACCIDENTADO/VICTIMA									
RECIBIÓ VACUNA ANTIHEPATITIS B	SI		N° dosis		Fecha última dosis	/	/		
	NO								
VHB ANTI AG S	SI		NO		Título				
ACCIDENTES RELEVANTES									
(serologías previas, otros accidentes, etc)									

ANTECEDENTES DE LA FUENTE													
CONOCIDA		DESCONOCIDA											
APELLIDO Y NOMBRE													
ENFERMEDAD ACTUAL								H.C.					
INTERNADO	SI		NO		SERVICIO				AMBULATORIO	SI		NO	
ANTECEDENTES DE	Hepatitis B o C		SI		NO		H.I.V.	SI		NO			
	Drogas I.V.		SI		NO		Otros						
RECIBE MEDICACIÓN VIH		NO											
		SI	¿Cuál?										

LABORATORIO Y SEROLOGÍAS BASALES

	PACIENTE FUENTE	ACCIDENTADO/VICTIMA
TGO/TGP		
Creatinina		
Hemograma		
VHB Anti core		
VHB Anti Ag s		
VHB Ag s		
VHC		
VIH		

TRATAMIENTO DEL ACCIDENTADO/VICTIMA

GAMMAGLOBULINA HB	SI		NO										
VACUNA HBV	SI		NO		Dosis	1°		2°		3°			
VACUNA ANTITETÁNICA	SI		NO										
MEDICACIÓN VIH	SI		NO		Fecha de inicio	/	/		Hora de inicio				
Tenofovir/Lamivudina						AZT/3TC							
Darunavir/ritonavir						Lopinavir/Ritonavir							
PROFILAXIS ITS													
Ceftriaxona						Metronidazol							
Azitromicina						Anticoncepción Hormonal de Emergencia							

MEDICACIÓN DE CONTINUACIÓN

Pacientes con IAPOS: solicitar con duplicado de esta ficha en cualquier Farmacia adherida al Colegio de Farmacéuticos

MEDICACIÓN ANTIRRETROVIRAL	DOSIS DIARIA EN MG	DÍAS DE TRATAMIENTO
Tenofovir/Lamivudina		
Darunavir/ritonavir		
AZT/3TC		
Lopinavir/Ritonavir		

DATOS DEL MEDICO QUE ASISTIÓ

APELLIDO Y NOMBRE			
Nº DE MATRICULA		ÁMBITO DE COMPETENCIA	
TELÉFONO			
Firma	Sello		

REFERENCIA PARA SEGUIMIENTO

Servicio al que se deriva para seguimiento:

INFECTOLOGÍA		Fecha	
GINECOLOGÍA		Fecha	
OTRO			

EN CASO DE EXPOSICIÓN LABORAL, EL ACCIDENTADO DEBE:

- Concurrir a la guardia del hospital donde será asistido y dejar asentado el accidente en el libro de guardia.
- Notificar al superior inmediato
- Concurrir a Medicina Laboral el primer día hábil posterior al evento.

EL MÉDICO DE GUARDIA

Debe completar la presente ficha por duplicado: un ejemplar se entrega al paciente para su consulta posterior con el equipo de referencia. Un ejemplar se envía a Farmacia dentro de las 72 hs para reposición de los componentes del kit que hayan sido utilizados.

LA FARMACIA

Debe enviar la ficha epidemiológica a lbugna@santafe.gov.ar (Centro Norte) y a epidemiologiazonasur@yahoo.com.ar (Sur)

EL MÉDICO DE SEGUIMIENTO

Debe gestionar la continuidad del tratamiento antirretroviral, si el mismo estuviera indicado. En caso de pacientes con IAPOS, enviar copia de esta ficha a cualquier Farmacia adherida al Colegio de Farmacéuticos. Ante cualquier dificultad, comunicarse al 0342-4564201 Centro de autorizaciones de IAPOS y 0800 444 4276 Call Center de IAPOS