

Notificação de Ferimentos por Objetos Cortantes



Nome: _____

Numero de identificação **S** _____ Hospital nº: _____ Preenchido por: _____

1) Data do ferimento: 2) Hora do ferimento:

3) Setor onde o ferimento ocorreu: _____

4) Serviço: _____

5) Categoria profissional:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1 Médico Plantonista (especifique a especialidade: _____) | <input type="checkbox"/> 9 Flebotomista |
| <input type="checkbox"/> 2 Médico Assistente | <input type="checkbox"/> 10 Técnico de Laboratório |
| <input type="checkbox"/> 3 Estudante de Medicina | <input type="checkbox"/> 11 Funcionário do Laboratório |
| <input type="checkbox"/> 4 Enfermeira | <input type="checkbox"/> 12 Dentista |
| <input type="checkbox"/> 21 Técnico de Enfermagem | <input type="checkbox"/> 13 Assistente de Dentista |
| <input type="checkbox"/> 18 Auxiliar de Enfermagem | <input type="checkbox"/> 14 Funcionário do Serviço de Limpeza |
| <input type="checkbox"/> 5 Estudante de Enfermagem | <input type="checkbox"/> 19 Empregado da Lavanderia |
| <input type="checkbox"/> 22 Parteira | <input type="checkbox"/> 20 Segurança |
| <input type="checkbox"/> 6 Fisioterapeuta | <input type="checkbox"/> 16 Paramédico |
| <input type="checkbox"/> 7 Instrumentalista | <input type="checkbox"/> 15 Outro, descreva: _____ |

6) Onde o ferimento ocorreu?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1 Quarto do Paciente | <input type="checkbox"/> 10 Sala de Exames (<i>Raio-x, etc</i>) |
| <input type="checkbox"/> 2 Fora do Quarto (<i>Corredor/Posto de Enfermagem</i>) | <input type="checkbox"/> 11 Laboratório Clínico |
| <input type="checkbox"/> 3 Emergência | <input type="checkbox"/> 12 Autópsia/Patologia |
| <input type="checkbox"/> 4 Unidade de Terapia Intensiva | <input type="checkbox"/> 13 Área de Serviço (lavanderia, central de esterilização) |
| <input type="checkbox"/> 5 Sala de operação/Centro de Material | <input type="checkbox"/> 16 Sala de Parto |
| <input type="checkbox"/> 6 Ambulatório/Consultório | <input type="checkbox"/> 17 Provedor de Cuidados Médicos no Domicílio |
| <input type="checkbox"/> 7 Banco de Sangue | <input type="checkbox"/> 14 Outro, descreva: _____ |
| <input type="checkbox"/> 9 Clínica de Diálise | |

7) O paciente-fonte era conhecido?

- | | | | |
|--------------------------------|--------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1 Sim | <input type="checkbox"/> 2 Não | <input type="checkbox"/> 3 Desconhecido | <input type="checkbox"/> 4 Não se aplica |
|--------------------------------|--------------------------------|---|--|

8) O objeto foi usado pela primeira vez pela pessoa ferida?

- | | | | |
|--------------------------------|--------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1 Sim | <input type="checkbox"/> 2 Não | <input type="checkbox"/> 3 Desconhecido | <input type="checkbox"/> 4 Não se aplica |
|--------------------------------|--------------------------------|---|--|

9) O objeto estava:

- | | |
|---|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 Contaminado \Rightarrow havia sangue no instrumento? | <input type="checkbox"/> 1 Sim |
| <input type="checkbox"/> 2 Não contaminado | <input type="checkbox"/> 2 Não |
| <input type="checkbox"/> 3 Desconhecido | |

10) O objeto foi usado com o propósito de?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1 Desconhecido / Não se aplica | <input type="checkbox"/> 16 Instalar acesso central arterial/venoso |
| <input type="checkbox"/> 2 Injeção Intramuscular/Subcutânea, ou Outra Injeção através da pele (<i>seringa</i>) | <input type="checkbox"/> 9 Obter amostra de secreção ou tecido |
| <input type="checkbox"/> 3 Heparina ou soro fisiológico para lavagem (<i>seringa</i>) | <input type="checkbox"/> 10 Punção digital/calcanhar (<i>amostra de sangue capilar</i>) |
| <input type="checkbox"/> 4 Outra Injeção (<i>ou aspiração</i>) no lócal de punção ou conexão venosa (<i>seringa</i>) | <input type="checkbox"/> 11 Suturar |
| <input type="checkbox"/> 5 Conectar equipo de soro venoso | <input type="checkbox"/> 12 Cortar (<i>cirurgia</i>) |
| <input type="checkbox"/> 6 Iniciar via endovenosa ou instalar scalp com heparina | <input type="checkbox"/> 17 Furar osso/dente |
| <input type="checkbox"/> 7 Coletar sangue venoso | <input type="checkbox"/> 13 Electrocauterização |
| <input type="checkbox"/> 8 Coletar sangue arterial \Rightarrow a coleta de sangue foi feita: | <input type="checkbox"/> 14 Armazenar amostra ou droga |
| <input type="checkbox"/> Direta, através da pele | <input type="checkbox"/> 15 Outro, descreva: _____ |
| <input type="checkbox"/> Através da conexão venosa | |

11) O ferimento ocorreu?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1 Antes do objeto ser usado (<i>objeto escorregou ou quebrou ao instalar</i>) | <input type="checkbox"/> 16 Objeto deixado no chão, mesa, cama ou outro local inadequado |
| <input type="checkbox"/> 2 Durante o uso do objeto | <input type="checkbox"/> 8 Após uso, antes do descarte (<i>em trânsito para o lixo, limpando, separando</i>) |
| <input type="checkbox"/> 15 Imobilizando o paciente | <input type="checkbox"/> 9 Com objeto deixado no ou perto do container de descarte |
| <input type="checkbox"/> 3 Entre etapas do procedimento (<i>entre injeções adicionais, passando instrumentos, etc.</i>) | <input type="checkbox"/> 10 Enquanto colocava o objeto no container de descarte |
| <input type="checkbox"/> 4 Desconectando o objeto ou equipamento | <input type="checkbox"/> 11 Objeto projetante do container de descarte cheio |
| <input type="checkbox"/> 5 Preparando o objeto para reutilizá-lo (<i>separando, esterilizando, etc.</i>) | <input type="checkbox"/> 12 Por objeto projetante nas laterais do container de descarte |
| <input type="checkbox"/> 6 Reencapando agulha | <input type="checkbox"/> 13 Por objeto projetante de bolsas de lixo ou de container inapropriado |
| <input type="checkbox"/> 7 Retirando a agulha da borracha ou de outro material resistente (<i>conexão do equipo, etc.</i>) | <input type="checkbox"/> 14 Outro, descreva: _____ |

12) Que tipo de instrumento causou o ferimento? Agulha oca Cirúrgico Objeto de vidro

EXPOSURE PREVENTION
INFORMATION NETWORK

EPINet is a trademark of the University of Virginia.
Windows is a registered trademark of
Microsoft Corporation in the United States and/or other countries.
Operates in Windows 95 and Windows 98 Environments.
© 2000 Becton, Dickinson and Company.
V1.2/Brazil 8/2004

Que instrumento ou objeto causou o ferimento? (cheque em cada objeto somente um item)

Agulha (se for agulha de sutura veja "Instrumento Cirúrgico")

- 1 Seringa, descartável
- 2 Seringa preparada (comercialmente) com a medicação
- 3 Seringa para coleta de sangue arterial
- 4 Seringa de outro tipo
- 5 Agulha na conexão venosa
- 6 Agulha do escalpe
- 7 Estilete (agulha) para punção de acesso venoso central
- 8 Agulha da conexão do uho do Vacutainer™
- 9 Agulha de punção lombar
- 10 Agulha hipodermica isolada
- 11 Agulha de introdução para cateter arterial
- 12 Estilete (agulha) para punção de acesso venoso central
- 14 Outra agulha de cateter vascular (cardíaca, etc.)
- 15 Outra agulha de cateter não vascular (oftalmologia, etc)
- 28 Agulha, não sabe de que gênero
- 29 Outra agulha, descreva: _____

Instrumento Cirúrgico ou outro objeto cortante (se for vidro veja "Objeto de vidro")

- 30 Lanceta
- 31 Agulha de sutura
- 32 Lâmina do bisturi (scalpel, disposable code is 45)
- 33 Lâmina de barbear
- 34 Pipeta de plástico
- 35 Tesoura
- 36 Eletrocautério
- 37 Serra elétrica
- 38 Pedaco/farpa/estilhaço de ossos
- 39 Pinça do campo cirúrgico
- 40 Lâmina de corte de tecido (histologia)
- 41 Trocar
- 42 Tubo a vácuo (de plástico)
- 43 Tubo de amostra (de plástico)
- 44 Unhas/dentes
- 45 Bisturi descartável
- 46 Afastadores de pele/osso
- 47 Grampos
- 48 Fio/mandril (sutura/fixação/guia)
- 49 Pinos (fixação, pino guia)
- 50 Brocas
- 51 Fôrceps/Hemostáticos/Grampos
- 58 Objeto cortante, não sabe o tipo
- 59 Outro objeto cortante: Descreva: _____

Objeto de vidro

- 60 Ampola de medicação
- 61 Vidro de medicação
- 62 Medication/IV bottle (large volume)
- 63 Pipeta de vidro
- 64 Tubo a vácuo (de vidro)
- 65 Tubo de coleta de amostra (vidro)
- 66 Tubo capilar (hematócrito)
- 67 Lâmina de microscópio
- 78 Objeto de vidro, não sabe especificar
- 79 Outro vidro: Descreva: _____

13) Se o instrumento causador do ferimento foi uma agulha, esta agulha possuía algum mecanismo de proteção?

- 1 Sim
- 2 Não
- 3 Desconhecido

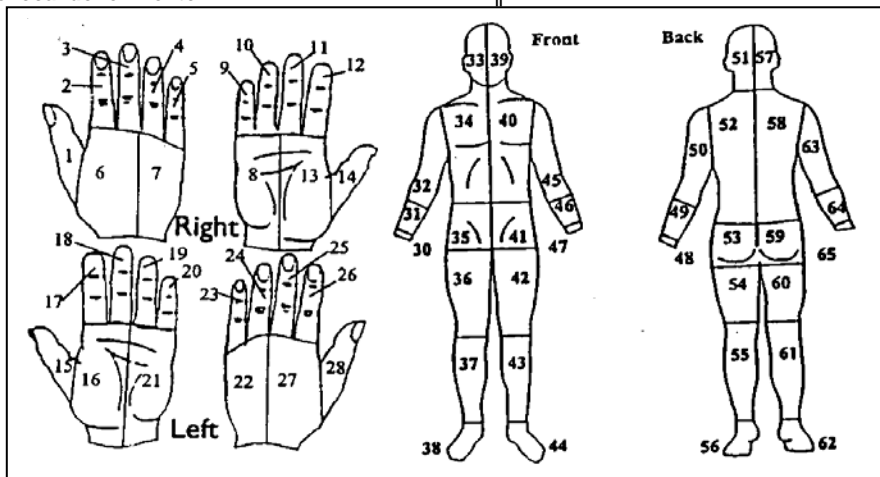
13a) O mecanismo de proteção foi ativado?

- 1 Sim, completamente
- 2 Sim, parcialmente
- 3 Não
- 4 Desconhecido

13b) O acidente ocorreu :

- 1 Antes da ativação
- 2 Durante a ativação
- 3 Depois da ativação
- 4 Desconhecido

14) Marque o local do ferimento:



15) O ferimento foi?

- 1 Superficial (pouco ou nenhum sangramento)
- 2 Moderado (pele perfurada, algum sangramento)
- 3 Severo (corte/ferimento profundo, grande sangramento)

16) Se o acidente foi na mão, o objeto cortante penetrou através de:

- 1 Par de luvas simples
- 2 Par de luvas duplo
- 3 Sem luvas

17) Mão dominante do funcionário:

- 1 Direita
- 2 Esquerda

18) Descreva as circunstâncias em que o acidente ocorreu:
