

Follow-Up Exposição

Número de identificação: _____ Hospital nº: _____

Data do Acidente/Exposição: __/__/____

EPINet™

FOR MICROSOFT® ACCESS
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

Paciente- fonte

1) O paciente fonte era conhecido ?

fonte conhecida e testada fonte conhecida mas não testada: _____ fonte desconhecida

2) O paciente fonte era positivo para algum destes patógenos abaixo (mesmo se testado antes da exposição)

Patógeno	Teste (circule)	Resultado (circule resultado)	Data coleta
Hepatite B	HbsAg	1 positivo 2 negativo 3 não testado	__/__/____
	HbeAg	1 positivo 2 negativo 3 não testado	
	Anti HBs	1 positivo 2 negativo 3 não testado	
	Anti HBc	1 positivo 2 negativo 3 não testado	
Hepatite C	Anti-HCV EIA	1 positivo 2 negativo 3 não testado	__/__/____
	PCR-HCV	1 positivo 2 negativo 3 não testado	
	RNA	1 positivo 2 negativo 3 não testado	
HIV	Anti-HIV	1 positivo 2 negativo 3 não testado	__/__/____
	#CD4 Cells	contagem _____ 3 não testado	
	Carga -antig	RNA copies/ml _____ 3 não testado	
	Outro	__/__/____	
Outro	_____	_____	__/__/____

3) Se o paciente fonte pertence a um grupo de alto risco para patógenos transmitidos por via sanguínea , marque todas que se aplicam:

Receptor de produto sanguíneo Enzimas elevadas Sexual Diálise
 Drogas endovenosas Hemofilia Outro, Descreva: _____

4) Se o paciente fonte HIV positivo, foi tratado com uma destas drogas antes da exposição ocorrer?

Desconhecido 3TC IDV
 AZT ddC Outro Anti-Retroviral: _____

5) Adicionais comentários do paciente fonte:

Profissional de saúde:

1) Profissional de Saúde foi visto por: 1 CCIH 2 CIPA 3 Sala de Emergência 4 Outra, Descreva: _____

2) A profissional de saúde foi vacinado contra Hepatite B antes da exposição? 1-Dose 2-Doses 3-Doses Não
Se sim , o nível de anticorpos: _____ Data do teste: __/__/____

2a) O profissional de saúde estava grávido? 1 Sim 2 Não
Se sim , em que trimestre? 1 Primeiro 2 Segundo 3 Terceiro

3) Resultado dos testes :

Patógeno	Teste (circule)	Resultado (circule resultado)	Data Coleta
Hepatite B	HbsAg	1 positivo 2 negativo 3 não testado	__/__/____
	HbeAg	1 positivo 2 negativo 3 não testado	
	Anti HBs	1 positivo 2 negativo 3 não testado	
	Anti HBc	1 positivo 2 negativo 3 não testado	
Hepatite C	Anti-HCV EIA	1 positivo 2 negativo 3 não testado	__/__/____
	Anti-HCV supp.	1 positivo 2 negativo 3 não testado	
	_____	1 positivo 2 negativo 3 não testado	
HIV	Anti-HIV	1 positivo 2 negativo 3 não testado	__/__/____
Outro	_____	_____	__/__/____
Outro	_____	_____	__/__/____

4) Circule todo o tratamento/profilaxia dado ao profissional de saúde e PREENCHA AS DOSES

Tratamento	Dose	Data	Duração/Comentários
HBIG	1. _____	__/__/____	_____
	2. _____	__/__/____	_____
HBV Vacina	1. _____	__/__/____	_____
	2. _____	__/__/____	_____
	3. _____	__/__/____	_____
	Booster: _____	__/__/____	_____
HIV Antiretroviral	Especifique: _____	__/__/____	_____
HIV Antiretroviral	Especifique: _____	__/__/____	_____
HIV Antiretroviral	Especifique: _____	__/__/____	_____
Outro, Especifique	_____	__/__/____	_____

5) Resultado dos testes de Follow-Up:

Patógeno	Teste (circule)	Resultado (circule resultado)			Data Coleta
Hepatite B	1ª coleta				
	HbsAg	1 positivo	2 negativo	3 não testado	__/__/____
	Anti HBs	1 positivo	2 negativo	3 não testado	
	Anti HBc	1 positivo	2 negativo	3 não testado	
	2ª coleta				
	HbsAg	1 positivo	2 negativo	3 não testado	__/__/____
	Anti HBs	1 positivo	2 negativo	3 não testado	
	Anti HBc	1 positivo	2 negativo	3 não testado	
	3ª coleta				
	HbsAg	1 positivo	2 negativo	3 não testado	__/__/____
	Anti HBs	1 positivo	2 negativo	3 não testado	
	Anti HBc	1 positivo	2 negativo	3 não testado	
Hepatite C	Anti-HCV (test 1)	1 positivo	2 negativo	3 não testado	__/__/____
	Anti-HCV (test 2)	1 positivo	2 negativo	3 não testado	
HIV	Anti-HIV (test 1)	1 positivo	2 negativo	3 não testado	__/__/____
	Anti-HIV (test 2)	1 positivo	2 negativo	3 não testado	__/__/____
	Anti-HIV (test 3)	1 positivo	2 negativo	3 não testado	__/__/____
	Anti-HIV (test 4)	1 positivo	2 negativo	3 não testado	__/__/____
Outro	_____	_____	_____	_____	__/__/____

6) Comentários adicionais:
