

Definição de caso: Todo caso de acidente de trabalho ocorrido com quaisquer categorias profissionais, envolvendo exposição direta ou indireta do trabalhador a material biológico (orgânico) potencialmente contaminado por patógenos (vírus, bactérias, fungos, prions e protozoários), por meio de material perfuro-cortante ou não.

| | | | | | | |
|---|--|---|---|---|-----------------------|--|
| Dados Gerais | 1 Tipo de Notificação 2 - Individual | 2 Agravo/doença ACIDENTE DE TRABALHO COM EXPOSIÇÃO À MATERIAL BIOLÓGICO | | Código (CID10) Z20.9 | 3 Data do Notificação | |
| | 4 UF | 5 Município de Notificação | Código (IBGE) | | | |
| | 6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora) | | Código | 7 Data do Acidente | | |
| | 8 Nome do Paciente | | 9 Data de Nascimento | | | |
| Notificação Individual | 10 (ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano | 11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado | 12 Gestante 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9-Ignorado | 13 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado | | |
| | 14 Escolaridade 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica | | | | | |
| | 15 Número do Cartão SUS | | 16 Nome da mãe | | | |
| | 17 UF | 18 Município de Residência | Código (IBGE) | 19 Distrito | | |
| Dados de Residência | 20 Bairro | | 21 Logradouro (rua, avenida,...) | | Código | |
| | 22 Número | 23 Complemento (apto., casa, ...) | | 24 Geo campo 1 | | |
| | 25 Geo campo 2 | | 26 Ponto de Referência | | 27 CEP | |
| | 28 (DDD) Telefone | | 29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado | 30 País (se residente fora do Brasil) | | |
| | Dados Complementares do Caso | | | | | |
| | Antecedentes Epidemiológicos | 31 Ocupação | | | | |
| 32 Situação no Mercado de Trabalho 01- Empregado registrado com carteira assinada 05 - Servidor público celetista 02 - Empregado não registrado 06- Aposentado 03- Autônomo/ conta própria 07- Desempregado 04- Servidor público estatutário 08 - Trabalho temporário | | 09 - Cooperativado 10- Trabalhador avulso 11- Empregador 12- Outros 99 - Ignorado | | 33 Tempo de Trabalho na Ocupação 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano | | |
| Dados da Empresa Contratante | | | | | | |
| 34 Registro/ CNPJ ou CPF | | 35 Nome da Empresa ou Empregador | | | | |
| 36 Atividade Econômica (CNAE) | | 37 UF | 38 Município | | Código (IBGE) | |
| 39 Distrito | | 40 Bairro | | 41 Endereço | | |
| 42 Número | | 43 Ponto de Referência | | 44 (DDD) Telefone | | |
| 45 O Empregador é Empresa Terceirizada 1- Sim 2 - Não 3 - Não se aplica 9- Ignorado | | | | | | |

46 Tipo de Exposição Percutânea Pele íntegra Outros _____
 1- Sim 2- Não 9- Ignorado Mucosa (oral/ ocular) Pele não íntegra

47 Material orgânico 9- Ignorado
 1-Sangue 2-Líquor 3-Líquido pleural 4-Líquido ascítico
 5-Líquido amniótico 6-Fluido com sangue 7-Soro/plasma 8-Outros: _____

48 Circunstância do Acidente
 01 - Administ. de medicação endovenosa 09 - Lavanderia
 02 - Administ. de medicação intramuscular 10 - Lavagem de material
 03 - Administ. de medicação subcutânea 11 - Manipulação de caixa com material perfurocortante
 04 - Administ. de medicação intradérmica 12 - Procedimento cirúrgico
 05 - Punção venosa/arterial para coleta de sangue 13 - Procedimento odontológico
 06 - Punção venosa/arterial não especificada 14 - Procedimento laboratorial
 07 - Descarte inadequado de material perfurocortante em saco de lixo 15 - Dextro
 08 - Descarte inadequado de material perfurocortante em bancada, cama, chão, etc... 16 - Reescape
 98 - Outros
 99 - Ignorado

49 Agente 4 - Vidros
 1-Agulha com lúmen (luz) 2 - Agulha sem lúmen/maciça 3 - Intracath 9 - Ignorado
 5 - Lâmina/lanceta (qualquer tipo) 6 - Outros

50 Uso de EPI (aceita mais de uma opção) 1- Sim 2 - Não 9 - Ignorado
 LUVA Avental Óculos Máscara Proteção facial Bota

51 Situação vacinal do acidentado em relação à hepatite B (3 doses)
 1-Vacinado 2-Não vacinado 9- Ignorado

52 Resultados de exames do acidentado (no momento do acidente - data ZERO)
 1-Positivo 2-Negativo 3-Inconclusivo 4-Não realizado 9-Ignorado
 Anti-HIV HbsAg Anti-HBs Anti-HCV

Dados do Paciente Fonte (no momento do acidente)
53 Paciente Fonte Conhecida?
 1-Sim 2 - Não 9- Ignorado

54 Se sim, qual o resultado dos testes sorológicos?
 1-Positivo 2-Negativo 3-Inconclusivo 4 - Não Realizado 9-Ignorado
 Hbs Ag Anti-HBc
 Anti-HIV Anti-HCV

55 Conduta no momento do acidente 1- Sim 2- Não 9- Ignorado
 Sem indicação de quimioprofilaxia AZT+3TC+Indinavir Vacina contra hepatite B
 Recusou quimioprofilaxia indicada AZT+3TC+Nelfinavir Outro Esquema de ARV Especifique _____
 AZT+3TC Imunoglobulina humana contra hepatite B (HBIG)

56 Evolução do Caso
 1-Alta com conversão sorológica (Especificar vírus: _____) 2-Alta sem conversão sorológica 3-Alta paciente fonte negativo
 4- Abandono 5- Óbito por acidente com exposição à material biológico 6- Óbito por Outra Causa 9- Ignorado

57 Se Óbito, Data **58** Foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho
 1-Sim 2 - Não 3- Não se aplica 9- Ignorado

Informações complementares e observações

Investigador Município/Unidade de Saúde Cód. da Unid. de Saúde _____
 Nome _____ Função _____ Assinatura _____