

REGISTRO DE ACCIDENTES BIOLÓGICOS

Alumno: _____ Curso: _____

Fecha: _____ Hora: _____

Servicio de Prácticas Clínicas: _____

Tipo de accidente:

- pinchazo/inoculación** con agujas u objetos punzantes.
 contacto con sangre u otros fluidos en mucosas.
 contacto con sangre o fluidos en heridas abiertas .
 otro tipo, especificar: _____

Material de exposición-accidente (sangre, hemoderivados, LCR, etc).

Localización corporal del accidente:

Procedimiento relacionado con el accidente.

- 1 Cateterismo arterial o venoso (coger/retirar vía venosa/manipular vía)
 2 Procedimientos quirúrgicos (bisturí, agujas de sutura, instrumental, etc.
 3 Toma de muestras para laboratorio.
 4 Inyectables ,(manipular, reencapuchar, desechar agujas)
 5 Toma de sangre capilar, (manipulación de lancetas)
 6 Introducir/manipular material box desechos .
 7. Accidente con material “no controlado”, objetos olvidados potencialmente biopeligrosos.
 8 Participación de dos personas, una actora y otra receptora del accidente.
 9 Otro mecanismo.

Protección personal del alumno en el momento del accidente:

(guantes, bata, mascarilla, gafas..)

Si, _____ Especificar: _____

No.

Actitud inmediata:

(lavado, desinfección, etc.)

Notificado al Servicio de Medicina Preventiva con fecha: _____

Testigo del accidente: _____

Profesor Asociado de Salud: _____

Firma, alumno accidentado,

P Asociado.

Testigo (en su caso)

Este registro debe ser entregado al Profesor responsable de las prácticas clínicas o Coordinador de la Titulación.