

REGISTRO DE EXPOSICIONES Y PUNCIONES ACCIDENTALES

ACTA N°

ALUMNO

Apellido y Nombre:

D.N.I. Año de Cursada: N° Legajo:

Domicilio: Localidad:

Teléfono: Edad:

Vacunado para HPB: SI NO Fecha: Título anti HbsAg mU Fecha:

ACCIDENTE

Fecha: Hora: Lugar:

Primer accidente: SI NO Descripción de anteriores:

Descripción del accidente actual: (describir tipo de aguja, punción superficial o profunda, sangre visible, línea arterial o venosa, lugar exacto de la herida, tipo y tiempo de exposición, circunstancia, etc.)

Medidas de Bioseguridad:

PACIENTE FUENTE

Apellido y Nombre:

D.N.I. Edad: Teléfono:

Domicilio: Localidad:

Serología HIV: Positiva Negativa Desconocida No Aplicable Fecha:

Serología Hep. B: Positiva Negativa Desconocida No Aplicable Fecha:

Serología Hep. C: Positiva Negativa Desconocida No Aplicable Fecha:

DOCENTE

Apellido y Nombre:

D.N.I. Asignatura:

Domicilio: Localidad:

Teléfono:

MIEMBRO COMITÉ DE BIOSEGURIDAD

Apellido y Nombre:

D.N.I. Asignatura:

Domicilio: Localidad:

TESTIGO 1

Apellido y Nombre:

D.N.I. Teléfono:

Domicilio: Localidad:

TESTIGO 2

Apellido y Nombre:

D.N.I. Teléfono:

Domicilio: Localidad:

TESTIGO 3

Apellido y Nombre:

D.N.I. Teléfono:

Domicilio: Localidad:

TESTIGO 4

Apellido y Nombre:

D.N.I. Teléfono:

Domicilio: Localidad:

FIRMAS

.....
Alumno

.....
Paciente

.....
Docente

.....
Comité de Bloseguridad

.....
Testigo 1

.....
Testigo 2

.....
Testigo 3

.....
Testigo 4