

**Elaboração:** Agda Silva de Matos Ré, Alexandra Aparecida de Souza Alves, Ana Paula C. Leite, Ananda Elis Caraski, Ariane Cristina Arruda, Beatriz Picoli (CAPS AD), Bruno de Paula Smirmaul, Cristiane Ap. de Godoy Gava, Daiane Campanella, Daniela Rozin Bocardo, Eleny Freitas de Almeida, Eliaura Aparecida de Jesus, Juliana V.S. Carvalho, Kimie Aparecida Ap. Kaneko Ebert, Leticia Zimmerman, Mariana Camila Domingos, Miriam Ribeiro de Lima Chimello, Rosani Leite, Sandra Helena Santos, Sandra Nunes Castro, Silveli Pazetto, Suzi Osana T. Berbert de Souza, Thais Lotti, Thaline Ruy de Camargo, Valeska Hamori Canhamero.

# **PROTOCOLO DA ROTINA DE ATENDIMENTO EM ACIDENTE COM MATERIAL BIOLÓGICO DE RISCO PARA HIV, HBV E HCV**

Revisão: março/2022

Próxima Revisão até: 03/2024

Aprovação do Departamento de Atenção à Saúde:

Aprovação da Secretaria de Saúde:

## Sumário

Definições:.....	3
Objetivos:.....	3
Executores.....	3
Público Alvo.....	3
Divulgação.....	4
Siglas Utilizadas .....	4
1. ROTINA PARA ATENDIMENTO A PESSOA EXPOSTA A MATERIAL BIOLÓGICO.....	5
2. FLUXO DE ATENDIMENTO IMEDIATO NO LOCAL DO ACIDENTE COM MATERIAL BIOLÓGICO ....	7
3. FLUXO DE ATENDIMENTO A PESSOA EXPOSTA (ACIDENTADO) A MATERIAL BIOLÓGICO NAS UNIDADES DE URGÊNCIA/UPA 29/UPA CERVEZON .....	8
4. ANÁLISE DO ACIDENTE .....	9
4.1. HIV .....	9
4.2. Se houver indicação para uso de TARV (tratamento antirretroviral-HIV/ PEP) .....	10
4.3. Se não houver indicação de quimioprofilaxia para o HIV .....	10
4.4. Se não houver indicação de quimioprofilaxia para o HIV (teste sorológico do paciente-fonte não reagente para o HIV) mas teste sorológico do paciente-fonte para HBV for reagente .....	10
4.5. Caso de situação vacinal desconhecida ou não vacinado para HBV .....	10
4.6. Caso de indicação de HBIG .....	11
4.7. Pós consulta.....	11
4.8. Quadro de Recomendações para profilaxia de hepatite B após exposição ocupacional a material biológico.....	11
5. ENCAMINHAMENTO DOS DOCUMENTOS .....	12
6 - FLUXO DE ATENDIMENTO A PESSOA EXPOSTA (ACIDENTADO) A MATERIAL BIOLÓGICO NO SERVIÇO ESPECIALIZADO EM PREVENÇÃO E ASSISTÊNCIA (SEPA).....	12
6.1. FLUXOGRAMA DA ROTINA DE ATENDIMENTO AO ACIDENTE COM MATERIAL BIOLÓGICO-SEPA.....	13
7 - FLUXO DE ATENDIMENTO AO ACIDENTADO COM MATERIAL BIOLÓGICO DE RISCO NO DEPARTAMENTO MÉDICO SAÚDE OCUPACIONAL – FMSRC (APENAS PARA SERVIDORES PÚBLICOS MUNICIPAIS) .....	13
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIMENTO DO PACIENTE FONTE E FUNCIONÁRIO/SERVIDOR ACIDENTADO PARA REALIZAÇÃO DE TESTES RÁPIDOS.....	14
LAUDO TESTES RÁPIDOS (TR).....	15
FICHA SINAN Z-20.9 frente (disponível na web) .....	16
FICHA DE COMUNICAÇÃO E ANÁLISE DO ACIDENTE DE TRABALHO .....	18
RAAT.....	20

# PROTOCOLO DA ROTINA DE ATENDIMENTO EM ACIDENTE COM MATERIAL BIOLÓGICO DE RISCO PARA HIV, HBV E HCV

---

## Definições:

**Definição de Acidente de Risco com Material Biológico:** 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, príons e protozoários), por meio de material perfuro-cortante ou não.

**Definição de Acidente de Risco com Material Biológico de Risco Para HIV, HBV e HCV:** Todo caso de acidente de trabalho ocorrido com quaisquer categorias profissionais, envolvendo exposição do trabalhador a material biológico (orgânico) potencialmente contaminado por HIV, HBV ou HCV, através de via Percutânea, Membranas mucosas, cutânea com pele não íntegra e Mordedura com presença de sangue.

**Objetivos:** Estabelecer sistemática de atendimento nos diferentes níveis de complexidade que permita diagnóstico, condutas, medidas preventivas e notificação da exposição à material biológico, **prioritariamente na transmissão do vírus da imunodeficiência humana (HIV), do vírus da Hepatite B (HBV) e do vírus da Hepatite C (HCV)** e orientar o fluxo de atendimento.

**Executores:** Gerentes, Chefes de Núcleo, Enfermeiros RTs, Médicos e outros profissionais habilitados da saúde das USF, UBS, PA do Chervezon, UPA 24 h, PSM, Laboratório Municipal, SAS, SESMT, SEPA, VE, CEREST, Núcleo de Segurança do Paciente, DMSO da Fundação Municipal de Saúde de Rio Claro, Laboratório Regional de Rio Claro do Instituto Adolfo Lutz, Instituições privadas e hospitais privados.

**Público Alvo:** Todos os profissionais e trabalhadores que atuam, direta ou indiretamente, em atividades onde há risco de exposição ao sangue e outros materiais biológicos: servidores do Município de Rio Claro, dos Municípios adjacentes para os quais somos referência em atendimento de saúde; autônomos e outros.

<b>Elaboração:</b> Fundação / Secretaria Municipal de Saúde de Rio Claro
<b>Revisão/Editoração:</b> Suzi Berbert – CRM-SP 69588/ RQE 54508 Diretora de Vigilância em Saúde - FMS
<b>Aprovação:</b> <b>Giulia Puttomatti</b> Presidente da Fundação Municipal de Saúde e Secretária da Saúde de Rio Claro

**Divulgação:**

- Cabe aos Coordenadores das Unidades a divulgação deste protocolo junto aos servidores, bem como monitoramento do seu cumprimento. Deverá colher assinaturas destes servidores, no ato de sua apresentação/ divulgação, responsabilizando-os pelo cumprimento do protocolo.
- Nas instituições hospitalares e demais instituições, o controle, monitoramento do cumprimento do protocolo dos acidentados com materiais biológicos cabe à CCIH, ou à Medicina Ocupacional responsável.

**Siglas Utilizadas:**

Anti-HBsAg – Exame de avaliação de efetividade da vacina da Hepatite B	NASF-AB - Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
CAT - Comunicação de Acidente de Trabalho	NSP - Núcleo de Segurança do Paciente
CCIH - Comissão de Controle de Infecção Hospitalar	PEP - Profilaxia Pós-Exposição ( <i>post exposure prophylaxis</i> )
CEREST- Centro de Referência em Saúde do Trabalhador	PSM - Pronto Socorro Municipal
DGP - Departamento de Gestão de Pessoas	RAAT - Relatório de Atendimento ao Acidentado do Trabalho
DMSO- Departamento Municipal de Saúde Ocupacional	SEPA -Serviço Especializado em Prevenção e Assistência para IST/Aids/Hepatites Virais
EPC - Equipamento de Proteção Coletiva	SESMT- Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho
EPI - Equipamento de Proteção Individual	SINAN - Sistema Nacional de Agravos de Notificação
FMSRC- Fundação Municipal de Saúde de Rio Claro	TARV - Terapia Antirretroviral
HBIG - Imunoglobulina Humana para Hepatite B	UBS - Unidade Básica de Saúde
HIV/AIDS - Vírus da Imunodeficiência Humana/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida	USF - Unidade de Saúde da Família
IST - Infecção Sexualmente Transmissível	
MS - Ministério da Saúde	

## 1. ROTINA PARA ATENDIMENTO A PESSOA EXPOSTA A MATERIAL BIOLÓGICO

- Havendo exposição direta ou indireta do trabalhador a material biológico (orgânico) potencialmente contaminado por patógenos (vírus, bactérias, fungos, príons e protozoários), por meio de material perfuro-cortante ou não, comunicar prontamente sobre o acidente ao gestor/chefia imediata presente na unidade.
- A medida imediata e prioritária é sempre lavar o local do ferimento abundantemente com água e sabão. Quando mucosas, apenas com água ou Soro Fisiológico.
- O gestor/chefia é responsável pelo acolhimento, orientação, e, **quando necessário**, encaminhamento do funcionário acidentado (dentro de 02 horas) à unidade de primeiro atendimento – UPA, e se preciso com indicação de um acompanhante para conduzi-lo.
- **O Gestor/Chefia deve responder as 4 perguntas anotadas a seguir.**
- **O ACIDENTE COM MATERIAL BIOLÓGICO SÓ SERÁ CONSIDERADO DE RISCO PARA HIV, HBV E HCV SE AS RESPOSTAS DAS PERGUNTAS 1 E 2 FOREM “SIM”:**

### **Pergunta 1. O tipo de Material Biológico é de Risco para transmissão do HIV, Hepatite B ou Hepatite C?**

Material Biológico <b>COM</b> Risco	Material Biológico <b>SEM</b> Risco <sup>(a)</sup>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Sangue</i></li> <li>• <i>Semem</i></li> <li>• <i>Fluídos vaginais</i></li> <li>• <i>Líquidos de serosas (peritoneal, pleural, pericárdio)</i></li> <li>• <i>Líquido amniótico</i></li> <li>• <i>Líquor</i></li> <li>• <i>Líquido articular</i></li> <li>• <i>Leite Materno</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Suor</i></li> <li>• <i>Lágrima</i></li> <li>• <i>Fezes</i></li> <li>• <i>Urina</i></li> <li>• <i>Vômitos</i></li> <li>• <i>Saliva</i></li> <li>• <i>Secreções nasais</i></li> </ul>

(a) A presença de sangue nessas secreções torna esses materiais potencialmente infectantes, caso em que o uso de PEP pode ser indicado.

### **Pergunta 2. O tipo de exposição é de risco para transmissão do HIV, Hepatite B ou Hepatite C?**

Exposição <b>COM</b> risco	Exposição <b>SEM</b> risco
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Percutânea</i></li> <li>• <i>Membranas mucosas</i></li> <li>• <i>Cutânea com pele não íntegra</i></li> <li>• <i>Mordedura com presença de sangue</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Cutânea em pele íntegra</i></li> <li>• <i>Mordedura sem presença de sangue</i></li> </ul>

Fonte: DIAHV/SVS/MS.

- **SE AS RESPOSTAS DAS PERGUNTAS 1 E/OU 2 FOREM “NÃO”, NÃO CABE O USO DESTES PROTOCOLOS.** Deve haver análise posterior para verificar se o ocorrido necessita ser avaliado para **outras doenças infecto-contagiosas que não HIV, Hepatite B ou C** e, se afirmativo, será necessária avaliação médica para discussão e talvez encaminhamento ao SEPA. Se o acidente de trabalho não envolver risco biológico para HIV, HBV ou HCV não cabe o uso desse protocolo.

- SE TODAS AS QUATRO RESPOSTAS FOREM SIM, A PEP PARA HIV PODERÁ ESTAR INDICADA, DEPENDENDO TAMBÉM DO TESTE RÁPIDO DA PESSOA-FONTE (PACIENTE-FONTE). (Seguir protocolo adiante: Item 2)

*Pergunta 3. O tempo transcorrido entre a exposição e o atendimento é menor que 72 horas?*

Nos casos em que o atendimento ocorrer após 72 horas da exposição, não está mais indicada a profilaxia para o HIV. Entretanto, se o material e o tipo de exposição forem de risco, recomenda-se acompanhamento sorológico, além das orientações de prevenção.

*Pergunta 4. A pessoa exposta é não reagente para o HIV no momento do atendimento?*

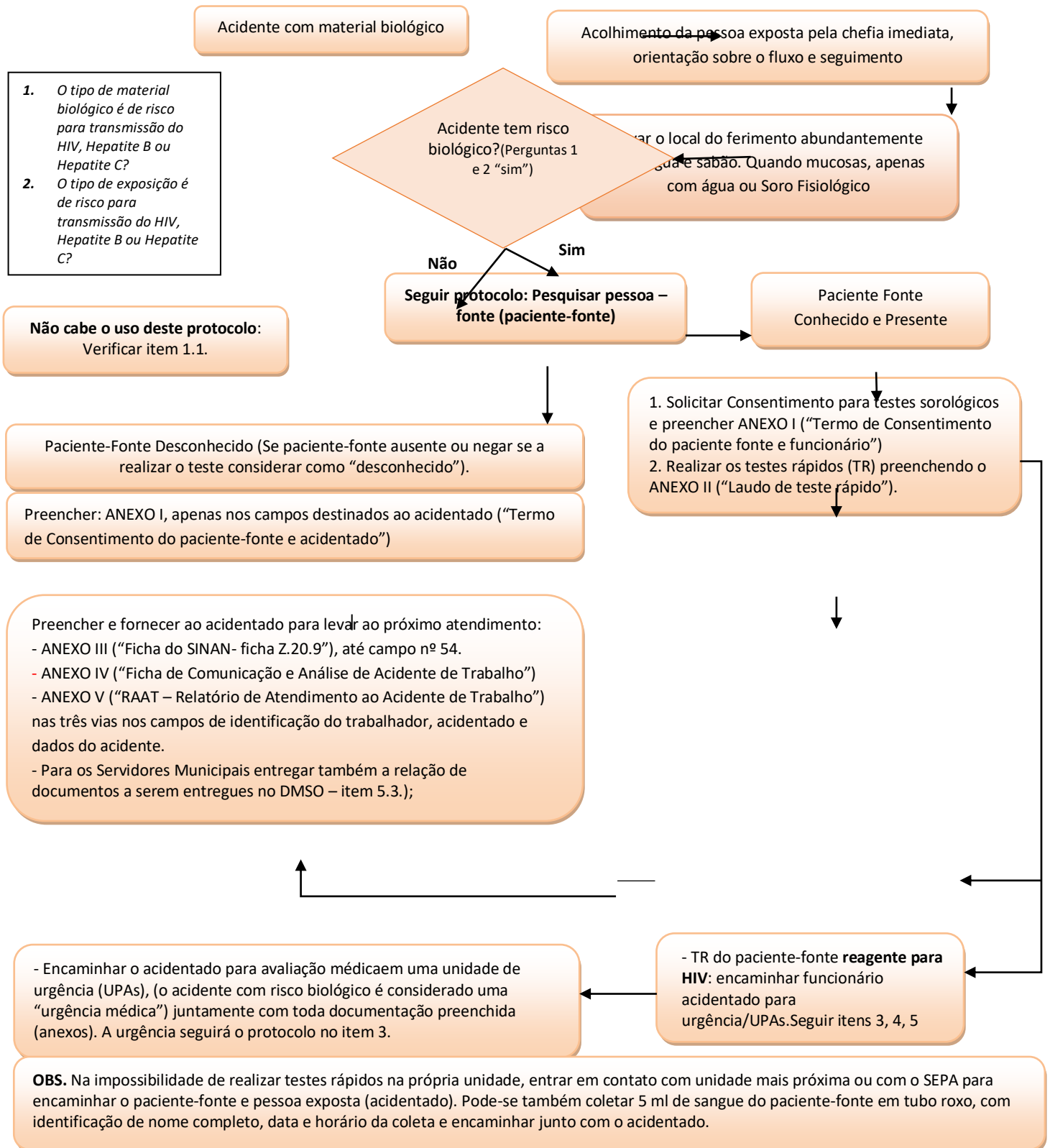
A indicação ou não de PEP irá depender também do *status* sorológico para HIV da pessoa exposta (ACIDENTADO), que deve sempre ser avaliado por meio de teste rápido (TR) em situações de exposições consideradas de risco:

- Se TR reagente da pessoa exposta (acidentado): a PEP não está indicada. A infecção pelo HIV ocorreu antes da exposição que motivou o atendimento e a pessoa deve ser encaminhada para acompanhamento no SEPA
- Se TR não reagente da pessoa exposta (acidentado): a PEP poderá ser indicada, pois a pessoa exposta é susceptível ao HIV.

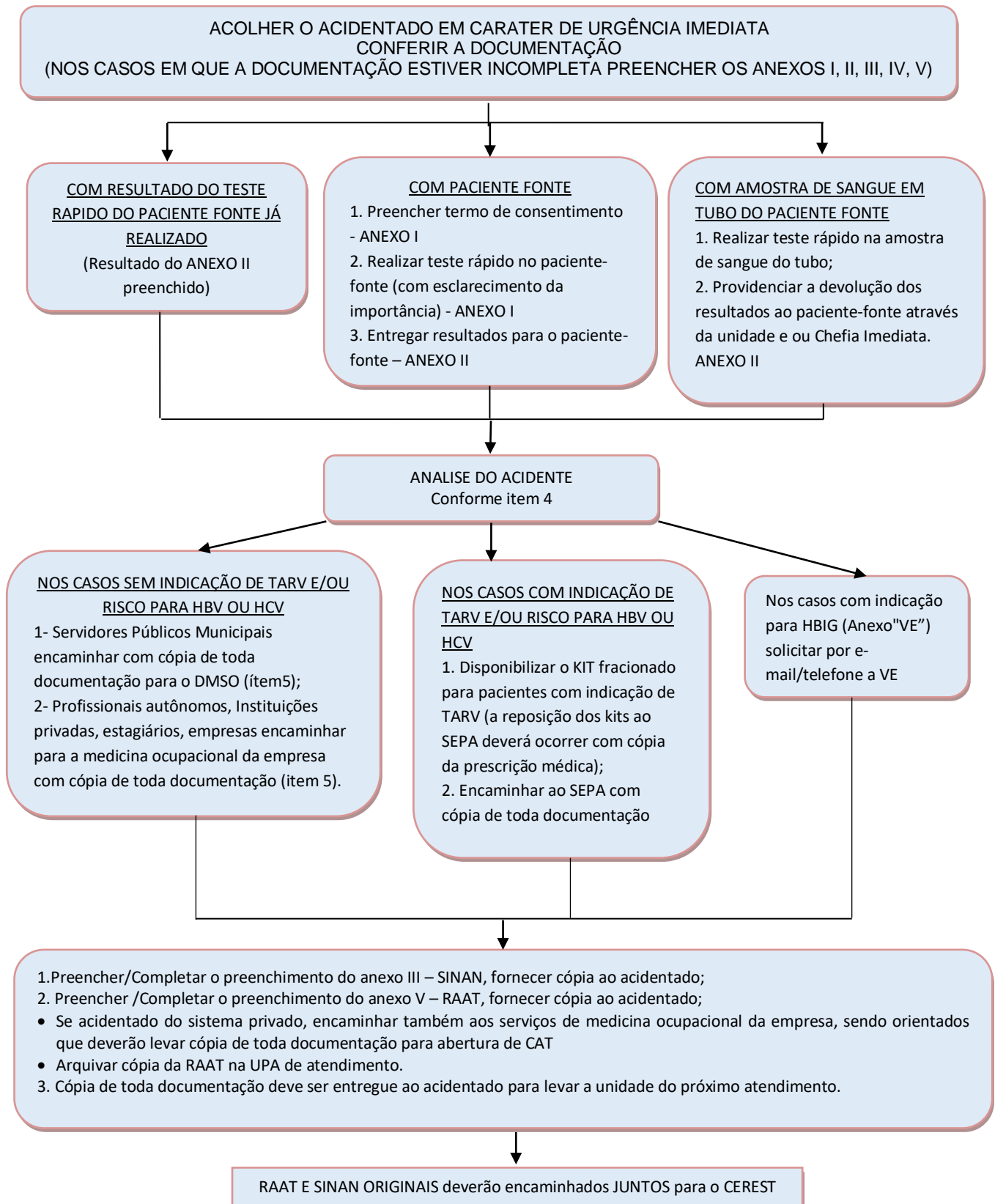
**Considerações:**

- A decisão de iniciar ou não a profilaxia deve ser avaliada conforme critério clínico e em conjunto com a pessoa exposta.
- É um direito da pessoa recusar a PEP ou outros procedimentos indicados após a exposição (por exemplo, coleta de exames sorológicos e laboratoriais). Nesses casos, sugere-se o registro em prontuário, documentando a recusa e explicitando que no atendimento foram fornecidas as informações sobre os riscos da exposição, assim como a relação entre o risco e o benefício das intervenções.

## 2. FLUXO DE ATENDIMENTO IMEDIATO NO LOCAL DO ACIDENTE COM MATERIAL BIOLÓGICO



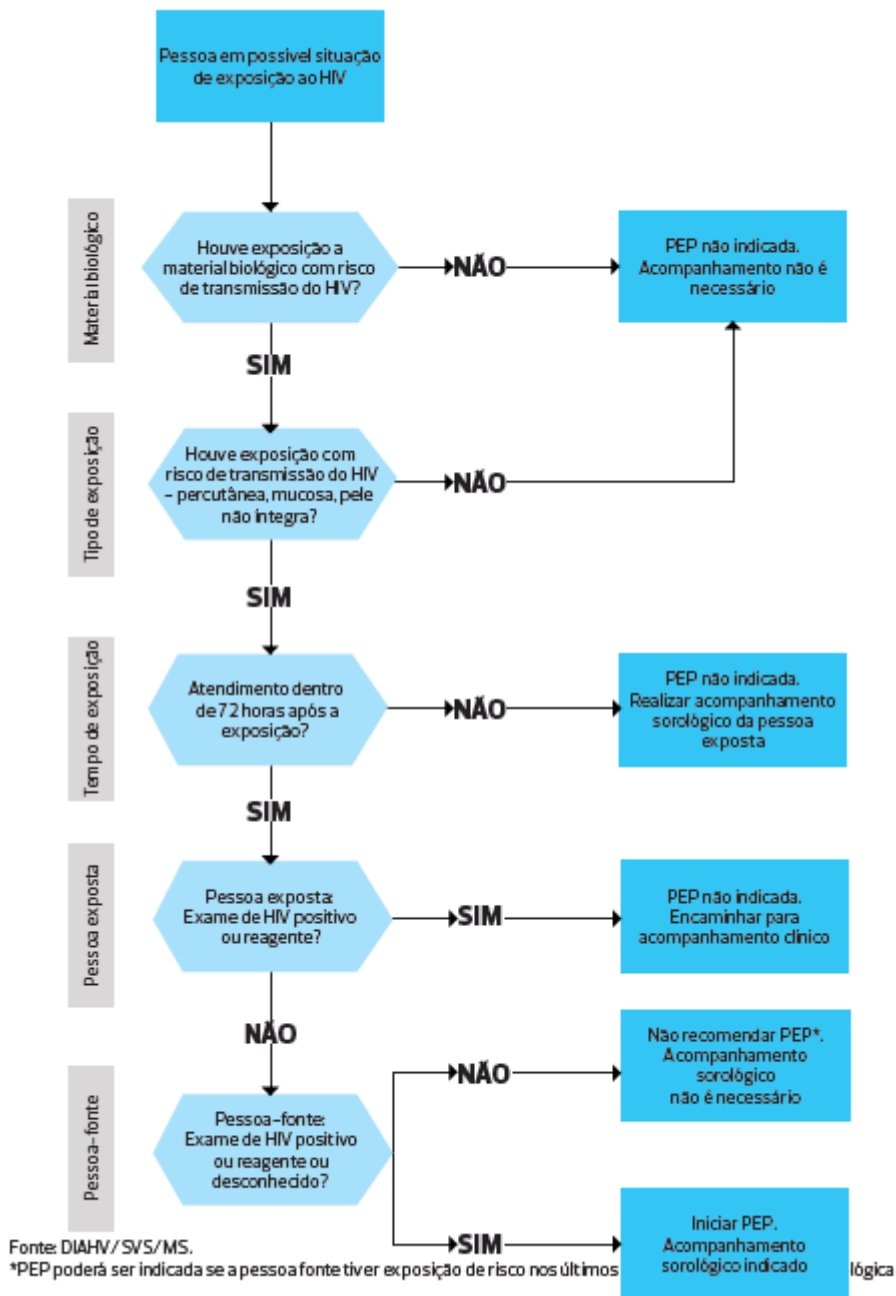
### 3. FLUXO DE ATENDIMENTO A PESSOA EXPOSTA (ACIDENTADO) A MATERIAL BIOLÓGICO NAS UNIDADES DE URGÊNCIA/UPA 29/UPA CERVEZON





## 4. ANÁLISE DO ACIDENTE

### 4.1.HIV: Rever as 4 perguntas para indicar ou não PEP (Profilaxia pós exposição ao HIV)



#### Esquema Preferencial para PEP –Profilaxia HIV: TDF+ 3TC+ DTG

Tenofovir + Lamivudina (TDF+ 3TC)	Comprimido co-formulado (TDF 300mg + 3TC 300mg)	1 comprimido VO 1x/dia	Duração: 28 dias
Dolutegravir (DTG)	Comprimido DTG 50mg	1 comprimido VO 1x/dia	

**4.2. Se houver indicação para uso de TARV (tratamento antirretroviral-HIV/ PEP):**

- 4.2.1. Orientar o Acidentado quanto a importância da Terapia Antirretroviral.
- 4.2.2. A 1ª dose deve ser tomada idealmente até 2 h após o acidente, ou até no máximo de 72h.
- 4.2.3. Fornecer ao acidentado as doses subsequentes (Kit fracionado), com prescrição médica, para ir tomando até que possa ser atendido no SEPA, onde fará o restante do tratamento.
- 4.2.4. O acidentado deverá ser agendado e/ou encaminhado ao SEPA, com cópia de toda documentação devidamente preenchida, bem como o restante da medicação que iniciou.
- 4.2.5. Cabe ao médico completar o preenchimento dos seguintes documentos:
  - ANEXO III (Ficha SINAN Z 20.9): CAMPO 55. Anotar nome do Paciente-fonte no campo “Informações complementares e observações;
  - ANEXO IV (RAAT).
- 4.2.6. Esquemas de medicações profiláticas para o HIV.

*Esquema Preferencial para PEP – Profilaxia HIV: TDF+ 3TC+ DTG*

Tenofovir + Lamivudina (TDF+ 3TC)	Comprimido co-formulado (TDF 300mg + 3TC 300mg)	1 comprimido VO 1x/dia	Duração: 28 dias
Dolutegravir (DTG)	Comprimido DTG 50mg	1 comprimido VO 1x/dia	

**OBSERVAÇÃO: Nos casos de acidente com risco biológico em gestantes, crianças e adolescentes a Profilaxia indicada não estará disponível nas unidades de urgência sendo necessário contato com a unidade SEPA através dos telefones: (19) 3533-3350, (19) 3533-8074 ou com Infectologista da FMS.**

- 4.3. **Se não houver indicação de quimioprofilaxia para o HIV (teste sorológico do paciente-fonte não reagente para o HIV) e testes sorológicos do paciente-fonte para HBV e HCV também forem não reagentes não haverá necessidade de acompanhamento no SEPA.** Encaminhar o profissional para um dos seguintes locais:
  - Servidores Públicos Municipais encaminhar com cópia de toda documentação para o DMSO;
  - Profissionais autônomos, Instituições privadas, estagiários, empresas encaminhar para a medicina ocupacional da empresa com cópia de toda documentação.
- 4.4. **Se não houver indicação de quimioprofilaxia para o HIV (teste sorológico do paciente-fonte não reagente para o HIV) mas teste sorológico do paciente-fonte para HBV for reagente, o caso deverá ser encaminhado ao SEPA com cópia de toda documentação devidamente preenchida, após verificar as medidas constantes no Item 4.8.**
- 4.5. **Caso de situação vacinal desconhecida ou não vacinado para HBV,** o acidentado deverá receber a 1ª dose da vacina de hepatite B (**Item 4.8.**) nas Unidades de Saúde nas próximas 24 horas após o acidente e encaminhar para o prosseguimento das demais doses, na unidade

básica mais próxima da residência, com prescrição da mesma. Em caso de urgência (paciente fonte HBS reagente e acidentado não vacinado) contactar UPA CVZ ou PSM.

- 4.6. Caso de indicação de HBIG (Item 4.8.)** a Vigilância Epidemiológica deverá ser avisada o mais breve possível, por telefone (3532-3720) e/ou por e-mail – [ve@saude-rioclaro.org.br](mailto:ve@saude-rioclaro.org.br), para providenciar a mesma. Esta pode ser aplicada até 7 dias após o acidente. A aplicação IM (intramuscular) será realizada na Vigilância Epidemiológica após agendamento feito pela Vigilância Epidemiológica.
- 4.7. Pós consulta:** Para todos os casos após consulta, o médico deverá preencher o campo 55 no anexo III-SINAN, que se refere a conduta médica, e o RAAT.
- 4.8. Quadro de Recomendações para profilaxia de hepatite B após exposição ocupacional a material biológico**

SITUAÇÃO VACINAL E SOROLOGIA DO PROFISSIONAL DE SAÚDE EXPOSTO	PESSOA-FONTE		
	HBSAG REAGENTE	HBSAG NÃO REAGENTE	HBSAG DESCONHECIDO
Não vacinado	IGHAHB + iniciar vacinação	Iniciar vacinação	Iniciar vacinação <sup>(a)</sup>
Vacinação incompleta	IGHAHB + completar vacinação	Completar vacinação	Completar vacinação
Resposta vacinal conhecida e adequada (anti-HBs maior ou igual 10UI/mL)	Nenhuma medida	Nenhuma medida	Nenhuma medida
Sem resposta vacinal após primeira série de doses (3 doses)	IGHAHB + primeira dose da vacina hepatite B ou IGHAB (2x) <sup>(b)</sup>	Iniciar nova série de vacina (três doses)	Iniciar nova série (três doses) <sup>(a)</sup>
Sem resposta vacinal após segunda série (6 doses)	IGHAB (2x) <sup>(b)</sup>	Nenhuma medida específica	IGHAB (2x) <sup>(b)</sup>
Com resposta vacinal desconhecida	Testar o profissional de saúde	Testar o profissional de saúde	Testar o profissional de saúde
	Se resposta vacinal adequada: nenhuma medida específica	Se resposta vacinal adequada: nenhuma medida específica	Se resposta vacinal adequada: nenhuma medida específica
	Se resposta vacinal inadequada: IGHAB + primeira dose da vacina hepatite B	Se resposta vacinal inadequada: fazer segunda série de vacinação	Se resposta vacinal inadequada: fazer segunda série de vacinação <sup>(a)</sup>

Fonte: BRASIL, 2014.

<sup>(a)</sup> O uso associado de imunoglobulina hiperimune contra hepatite B está indicado em caso de pessoa-fonte com alto risco para infecção pelo HBV, como: usuários de drogas injetáveis; pacientes em programas de diálise; contatos domiciliares e sexuais de pessoas HBsAg reagentes; pessoas que fazem sexo com pessoas do mesmo sexo; heterossexuais com vários parceiros e relações sexuais desprotegidas; história prévia de IST; pacientes provenientes de áreas geográficas de alta endemicidade para hepatite B; pacientes provenientes de prisões e de instituições de atendimento a pacientes com deficiência mental.

<sup>(b)</sup> IGHAB (2x) = duas doses de imunoglobulina hiperimune para hepatite B, com intervalo de um mês entre as doses. Essa opção deve ser indicada para aqueles que já fizeram duas séries de três doses da vacina, mas não apresentaram resposta vacinal, ou que tenham alergia grave à vacina.

A imunização para a hepatite B e o uso de IGHAB também estão indicados na gestação, em qualquer idade gestacional.

## 5. **ENCAMINHAMENTO DOS DOCUMENTOS:**

### 5.1. Arquivar a cópia do RAAT na unidade de atendimento

### 5.2. AO CEREST:

- Ficha SINAN original (anexo III) JUNTO com a Ficha da RAAT original (anexo V)

### 5.3. AOS SERVIÇOS DE MEDICINA OCUPACIONAL (DMSO para funcionários da Prefeitura de Rio Claro):

- Entregar a Cópia da RAAT ao acidentado, orientando-o para abertura da CAT:

#### Outros documentos para apresentação no DMSO (SERVIDORES DA FMSRC)

- Documentos para abertura de CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho)
- RAAT (folha – emitida pelo Pronto Atendimento)
- Ficha de Informação de Acidente de Trabalho (preenchida e carimbada pela chefia com assinatura das testemunhas)
- RG (não pode ser CNH)
- Último holerite
- Carteira de Trabalho (no caso de CLT)
- RO (Registro de Ocorrência emitido pela GCM) ou BO (Boletim de Ocorrência emitido pela PM) nos casos de Acidente de Percurso.
- Carteira vacinal se acidente com risco biológico

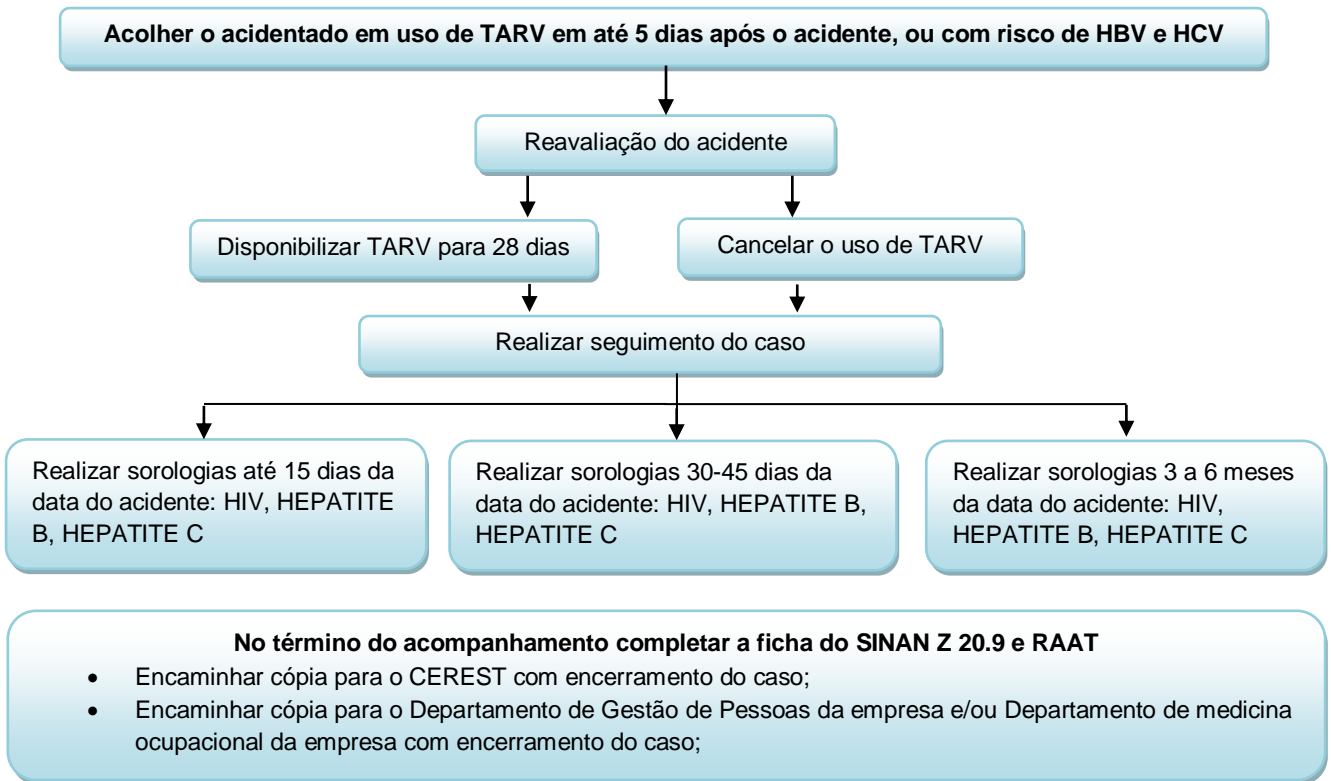
#### **Horário de Atendimento: 7h30**

Para maiores esclarecimentos: 3532-4414

## **6 - FLUXO DE ATENDIMENTO A PESSOA EXPOSTA (ACIDENTADO) A MATERIAL BIOLÓGICO NO SERVIÇO ESPECIALIZADO EM PREVENÇÃO E ASSISTÊNCIA (SEPA)**

- Fará acompanhamento apenas dos casos em uso de TARV para o HIV ou com risco de HBV/HCV;
- Reavaliação dos casos com introdução de TARV, para continuidade ou não do esquema;
- Disponibilização da TARV para 28 dias;
- Acompanhamento dos casos com realização dos exames complementares;
- Disponibilizará cópia dos exames realizados ao acidentado para que este entregue-os ao DSMO ou aos serviços de medicina ocupacional de referência;
- Fará a reposição dos KITS de TARV (HIV) fracionada (a solicitação para reposição da TARV deve ser acompanhada da cópia da prescrição médica ao acidentado);
- Encaminhará a cópia do ANEXO III SINAN e cópia do ANEXO V JUNTOS para o CEREST ao encerramento do caso;
- O encerramento do acompanhamento do acidentado deverá ser informado ao CEREST, DMSO, ou Medicina Ocupacional.

### 6.1. FLUXOGRAMA DA ROTINA DE ATENDIMENTO AO ACIDENTE COM MATERIAL BIOLÓGICO- SEPA



### 7 - FLUXO DE ATENDIMENTO AO ACIDENTADO COM MATERIAL BIOLÓGICO DE RISCO NO DEPARTAMENTO MÉDICO SAÚDE OCUPACIONAL – FMSRC (APENAS PARA SERVIDORES PÚBLICOS MUNICIPAIS)

- Emitirá a CAT.
- Registrará o acidente em prontuário.
- Realizará o fechamento do caso dos servidores municipais com alta do SEPA.

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIMENTO DO PACIENTE FONTE E  
FUNCIONÁRIO/SERVIDOR ACIDENTADO PARA REALIZAÇÃO DE TESTES RÁPIDOS**

**ANEXO I**

Nome do servidor/acidentado:	
Data de nascimento:	
Nome da mãe:	
Endereço:	
Telefone para contato:	
Local do acidente:	
<input type="checkbox"/> paciente fonte identificado <input type="checkbox"/> Paciente fonte recusou-se a realizar testes	<input type="checkbox"/> paciente fonte desconhecido <input type="checkbox"/> Paciente fonte em óbito e não foi possível realizar exames.
Nome do paciente fonte:	
Telefone para contato:	
Data de nascimento:	
Nome da mãe:	
Endereço:	
Assinatura do paciente fonte:	
Coleta de sangue paciente fonte: <input type="checkbox"/> No local do acidente Unidade de Urgência: <input type="checkbox"/> UPA 29 <input type="checkbox"/> UPA CHERVEZON	

**DECLARAÇÃO DO FUNCIONÁRIO/PROFISSIONAL ACIDENTADO**

Eu, \_\_\_\_\_, recebi esclarecimentos da importância de comparecer à uma unidade de Pronto Atendimento para avaliação do acidente ao qual fui exposto, e do benefício de iniciar e dar continuidade ao tratamento. Declaro que se eu não comparecer ao tratamento, autorizo e permito que o SEPA entre em contato, desde que respeitando meus direitos à privacidade e sigilo das informações. Assino esse Termo em 2 (duas) vias, ficando uma retida no serviço e outra comigo.

Data: \_\_\_\_\_ Assinatura do funcionário acidentado \_\_\_\_\_

**DECLARAÇÃO DO PACIENTE FONTE**

Eu, \_\_\_\_\_, portador do RG: \_\_\_\_\_, declaro que estou ciente e

1.  AUTORIZO A COLETA DE EXAME SOROLÓGICO PARA ESSA FINALIDADE:  
 HIV  Hepatite B  Hepatite C  Sífilis (Opcional)

E fui devidamente esclarecido da importância de saber os resultados dos meus exames e/ou do benefício de iniciar ou dar continuidade ao tratamento, caso necessário. Declaro que se eu não comparecer para consultas agendadas, autorizo e permito que o SEPA entre em contato, desde que respeitando meus direitos à privacidade e sigilo das informações. Assino esse Termo em 2 (duas) vias, ficando uma retida no serviço e outra comigo.

2.  NÃO AUTORIZO A COLETA DE EXAME SOROLÓGICO PARA ESSA FINALIDADE.

Data: \_\_\_\_\_ Assinatura do paciente fonte: \_\_\_\_\_

Carimbo e assinatura do profissional: \_\_\_\_\_

**ANEXAR O LAUDO DO TESTE RÁPIDO PARA O PROFISSIONAL ACIDENTADO.**

Caso o paciente ou responsável estejam impossibilitados de assinar o termo explicar o motivo e assinar com COREN/CRM:

\_\_\_\_\_

Assinatura – Registro Técnico: \_\_\_\_\_

**ANEXO II**

**LAUDO TESTES RÁPIDOS (TR)**

Unidade realizadora dos Testes Rápidos: \_\_\_\_\_  
 Nome de registro \_\_\_\_\_ Nome Social: \_\_\_\_\_  
 Data da coleta: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Data Nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Sexo: ( ) F ( ) M  
 Nome da mãe: \_\_\_\_\_

**TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE ANTÍGENO DE SUPERFÍCIE PARA HEPATITE B (HBS Ag)**  
 Amostra: Sangue Total punção digital  
 Nome do Produto: \_\_\_\_\_ Lote: \_\_\_\_\_ Validade: \_\_\_\_\_  
 Método: Imunocromatografia  
 Resultado do Teste:  
 Não reagente para antígeno de superfície da Hepatite B ( HBs Ag)  
 Reagente para antígeno de superfície da Hepatite B ( HBs Ag)  
 Exame não realizado  
*Obs. 1-O teste utilizado é para triagem da Hepatite B*  
*2- Caso haja resultados positivos devem ser realizados exames complementares para diagnóstico definitivo da Hepatite B*

**TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE ANTICORPO PARA HEPATITE C (ANTI HCV)**  
 Amostra: Sangue Total punção digital  
 Nome do Produto: \_\_\_\_\_ Lote: \_\_\_\_\_  
 Validade: \_\_\_\_\_ Método: Imunocromatografia  
 Resultado do Teste:  
 Não reagente para anticorpo para Hepatite C (anti HCV)  
 Reagente para anticorpo para Hepatite C (anti HCV)  
 Exame não realizado  
*Obs. 1-O teste utilizado é para triagem da Hepatite C*  
*2- Caso com resultados positivos devem ser realizados exames complementares para diagnóstico da Hepatite C*

**TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE ANTICORPOS PARA HIV**  
 Amostra: Sangue Total punção digital  
 Nome do Produto: \_\_\_\_\_ Lote: \_\_\_\_\_  
 Validade: \_\_\_\_\_ Método: Imunocromatografia  
 Resultado do Teste:  
 Não reagente para detecção de anticorpos para HIV  
 Reagente para detecção de anticorpos para HIV  
 Exame não realizado  
 Teste Confirmatório  
 Amostra: Sangue Total punção digital Lote: \_\_\_\_\_  
 Nome do Produto: \_\_\_\_\_ Método: Imunocromatografia  
 Validade: \_\_\_\_\_  
 Resultado do Teste:  
 Não reagente para detecção de anticorpos para HIV  
 Reagente para detecção de anticorpos para HIV  
 Exame não realizado

*Exames realizados em conformidade com a Portaria SVS/MS nº151/2009.*  
*1-Amostra com resultado NÃO REAGENTE para HIV : Em caso de suspeita de infecção pelo HIV, uma nova amostra deverá ser coletada 30 dias após a data da coleta dessa amostra e submetida ao teste.*

**TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE ANTICORPOS PARA SÍFILIS (OPCIONAL)**  
 Amostra: Sangue Total punção digital  
 Nome do Produto: \_\_\_\_\_ Lote: \_\_\_\_\_  
 Validade: \_\_\_\_\_ Método: Imunocromatografia  
 Resultado do Teste:  
 Não reagente para detecção de anticorpos para Sífilis  
 Reagente para detecção de anticorpos para Sífilis  
 Exame não realizado  
*Obs. 1-O teste utilizado é para triagem da Sífilis*  
*2- Caso com resultados positivos devem ser realizados exames complementares para diagnóstico de Sífilis*

\_\_\_\_\_  
 Assinatura e carimbo do Responsável pela realização dos exames

FICHA SINAN Z-20.9 frente (disponível na web)

[http://portalsinan.saude.gov.br/images/DRT/DRT\\_Acidente\\_Trabalho\\_Biologico.pdf](http://portalsinan.saude.gov.br/images/DRT/DRT_Acidente_Trabalho_Biologico.pdf)

**ANEXO III - FRENTE**

República Federativa do Brasil  
Ministério da Saúde **SINAN**  
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO Nº  
FICHA DE INVESTIGAÇÃO ACIDENTE DE TRABALHO COM EXPOSIÇÃO À MATERIAL BIOLÓGICO

**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 <b>ACIDENTE DE TRABALHO COM EXPOSIÇÃO À MATERIAL BIOLÓGICO</b>	Código (CID10) Z20.9	3 Data da Notificação	
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)		
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código	7 Data do Acidente		
Notificação Individual	8 Nome do Paciente		9 Data de Nascimento		
	10 (ou) idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	11 Sexo M - Masculino F - Feminino 1 - Ignorado	12 Costante 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade gestacional/ Ignorado 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 3- Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-2ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginsêio ou 1º grau) 4- Ensino fundamental completo (antigo ginsêio 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			
Dados de Residência	17 UF	18 Município de Residência	Código (IBGE)	19 Distrito	
	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)	
	<b>Dados Complementares do Caso</b>				
	Dados da Empresa Contratante	31 Ocupação			
32 Situação no Mercado de Trabalho 01- Empregado registrado com carteira assinada 05 - Servidor público celetista 09 - Cooperativado 02 - Empregado não registrado 06- Aposentado 10- Trabalhador avulso 03- Autônomo/ conta própria 07- Desempregado 11- Empregador 04- Servidor público estatutário 08 - Trabalho temporário 99 - Ignorado			33 Tempo de Trabalho na Ocupação 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano		
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					

Acidente de trabalho com exposição à material biológico

Sinan Net

SVS

21/06/2019





**ANEXO IV - FRENTE**

**FICHA DE COMUNICAÇÃO E ANÁLISE DO ACIDENTE DE TRABALHO - FRENTE**



Fundação/Secretaria Municipal de Saúde  
Prefeitura Municipal de Rio Claro



**FICHA DE COMUNICAÇÃO E ANÁLISE DE ACIDENTE DE TRABALHO.**

- Portaria nº 3.214 de 08/06/1978 – Normas Regulamentadoras (NR) – NR.4, item 4.12, alíneas “h” e “i”; NR.5, item 5.16, alínea “i”.
- Decreto-Lei nº 5.452 de 1º/05/1943 – Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) – Art. 131 - III; Art.643, §2º.
- Lei Complementar nº 17 de 16/02/2007 – Estatuto dos Funcionários Públicos do Município de Rio Claro – Cap. V – Dos Direitos, Seção IV, subseção II, Art. 75, §1º, §2º - I e II, §3º e §6º.
- Lei Complementar nº 031 de 30/05/2008 – Alteração da Lei Complementar nº 017 de 16/02/2007 – Artigo 11.

**DADOS A SER PREENCHIDO PELA CHEFIA IMEDIATA OU ENCARREGADO**

<b>DADOS DO ACIDENTADO</b>	Nome:		
	Telefone:		Celular:
	Endereço:		nº
	Bairro:		CEP:
	Cidade:		UF:
	Data de Nascimento: ____/____/____.	Idade:   anos	Estado Civil:
	RG nº:	Data de Emissão: ____/____/____.	Orgão Emissor:
	CTPS nº:	Série:	Data de Emissão: ____/____/____.
	PIS nº:	Regime: <input type="checkbox"/>	Estatutário <input type="checkbox"/> CLT
	Função:		Matricula:
	Turno de Trabalho:	das : horas às : horas	
		das : horas às : horas	

<b>LOCAL DE TRABALHO</b>	Secretaria/Fundação:	
	Departamento:	
	Sector:	Telefone:
	Endereço:	nº
	Bairro:	CEP:
	Cargo/Função:	

<b>TESTEMUNHAS (QUANDO HOUVER)</b>
Nome:
Cargo:
Nome:
Cargo:

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Acidentado / ou Testemunha

\_\_\_\_\_  
Assinatura e Carimbo do Encarregado ou Chefia Imediata

**Obs: Em caso de ACIDENTE DE TRAJETO é obrigatório a apresentação do Boletim de Ocorrência – B.O. (Polícia Militar).  
ou do Registro de Ocorrência – R.O. (Guarda Civil Municipal).**

### FICHA DE COMUNICAÇÃO E ANÁLISE DO ACIDENTE DE TRABALHO

ANEXO V



Fundação/Secretaria Municipal de Saúde  
Prefeitura Municipal de Rio Claro



DADOS A SER PREENCHIDO PELA CHEFIA IMEDIATA OU ENCARREGADO (CONTINUAÇÃO).	
Data do Acidente: ____/____/____.	Data do Preenchimento da Ficha: ____/____/____.
Início do trabalho: ____:____ horas	Hora do acidente: ____:____ horas
Local do Acidente: (Descrever o local /endereço)	
Descrição do Acidente:	
Partes do Corpo Atingida:	

DADOS DO ACIDENTE

RAAT (disponibilizado pelo CEREST)



Fundação/Secretaria Municipal de Saúde  
Prefeitura Municipal de Rio Claro



VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR - VISAT

**RAAT - Relatório de Atendimento ao Acidentado do Trabalho**

Unidade	Servidor	Data	Hora
Nome			
Datas de Nasc.	Sexo <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem	Mãe	
Endereço (Rua, Avenida, Número, Complemento)			Bairro
Município	Estado	Telefone	Ocupação
Empresa		End. da Empresa	
<input type="checkbox"/> Urbana <input type="checkbox"/> Rural	Município	Estado	
Regime de Trabalho	<input type="checkbox"/> CLT <input type="checkbox"/> Funcionário Público	<input type="checkbox"/> Autônomo	<input type="checkbox"/> Outros

ACIDENTE		
<input type="checkbox"/> Típico	<input type="checkbox"/> Trajeto	<input type="checkbox"/> Doença ocupacional
Data do Acidente	Horário	Local
Descrição resumida:		
Causas:		
<input type="checkbox"/> VEÍCULO DE TRANSPORTE	<input type="checkbox"/> EXPLOÇÃO/INCÊNDIO/FOGO	<input type="checkbox"/> AGENTES QUÍMICOS/BIOL.
<input type="checkbox"/> QUEDA DE ALTURA	<input type="checkbox"/> MÁQUINAS/EQUIPAMENTOS	<input type="checkbox"/> CALOR/RUIDO/RADIAÇÃO/ETC
<input type="checkbox"/> QUEDA DE OBJETOS	<input type="checkbox"/> CORRENTE ELÉTRICA	<input type="checkbox"/> PLANTAS/ANIMAIS VENENOSOS
<input type="checkbox"/> ESFORÇO/PESO	<input type="checkbox"/> SUBSTÂNCIAS QUENTES	<input type="checkbox"/> OUTROS
DETALHAR:		

LAUDO MÉDICO	
Partes do Corpo Atingidas:	
<input type="checkbox"/> CABEÇA <input type="checkbox"/> OLHO <input type="checkbox"/> TÓRAX <input type="checkbox"/> COSTAS <input type="checkbox"/> MÃO <input type="checkbox"/> MEMBRO SUPERIOR	
<input type="checkbox"/> PESCOÇO <input type="checkbox"/> CORPO TODO <input type="checkbox"/> ABDÔMEM <input type="checkbox"/> COLUNA <input type="checkbox"/> PÉ <input type="checkbox"/> MEMBRO INFERIOR <input type="checkbox"/> OUTRA _____	
Diagnóstico:	CID 10
<input type="checkbox"/> FCC <input type="checkbox"/> ENTORSE <input type="checkbox"/> AMPUTAÇÃO <input type="checkbox"/> ESMAGAMENTO <input type="checkbox"/> PERFURAÇÃO	
<input type="checkbox"/> CONTUSÃO <input type="checkbox"/> FRATURA <input type="checkbox"/> DIST. RESPIRATÓRIO <input type="checkbox"/> LESÃO MEDULAR <input type="checkbox"/> QUEIMADURA	
<input type="checkbox"/> POLITRAUMATISMO <input type="checkbox"/> TCE <input type="checkbox"/> TRAUMA VISCERAL <input type="checkbox"/> INFECÇÃO <input type="checkbox"/> LER/DORT	
<input type="checkbox"/> INTOXICAÇÃO/ENVENENAMENTO	
OUTRO:	
Classificação:	DOCUMENTO EMITIDO EM CONFORMIDADE COM A PORTARIA MS-205/2016 E LEI MUNICIPAL 4504/2013
<input type="checkbox"/> LEVE <input type="checkbox"/> MODERADO <input type="checkbox"/> GRAVE <input type="checkbox"/> FATAL	
Afastamento previsto:	
( ) DIAS <input type="checkbox"/> SEM AFASTAMENTO	ENCAMINHAMENTO: _____

1ª Via - CEREST  
2ª Via - Trabalhador  
3ª Via - Unidade de Atendimento

Assinatura e Carimbo com CRM