

Elaboração: Agda Silva de Matos Ré, Alexandra Aparecida de Souza Alves, Ana Paula C. Leite, Ananda Elis Caraski, Ariane Cristina Arruda, Beatriz Picoli, 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

Atualização 2025: Dra Suzi Osana T. Berbert de Souza, Rodriana Porto Morais, Graziela de Almeida Campos Pizaneschi, Rafael Antonio Oliveira Andrade, Thaline Ruy de Camargo, Débora Mota Tavares e Katia Lopes

Próxima Revisão até: 11/2027

Aprovação do Departamento de Atenção à Saúde:

DR. RAFAEL PAVEZI GARCIA
Diretor Geral Médico do Depto. de Assistência à Saúde
CRM/SP 158.267
Fundação Municipal de Saúde de Rio Claro

Aprovação do Presidente da FMSRC:


Dr. Marco Aurélio Mestrina
Presidente da Fundação Municipal
de Saúde de Rio Claro

Siglas

CAT – Comunicação de Acidente de Trabalho

CCIH – Comissão de Controle de Infecção Hospitalar

CEREST - Centro de Referência em Saúde do Trabalhador

DEGESS - Departamento de Gestão de Saúde do Servidor

FMSRC - Fundação Municipal de Saúde de Rio Claro

HIV/AIDS - Vírus da Imunodeficiência Humana/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

IST - Infecção Sexualmente Transmissível

HBV – Vírus da Hepatite B

HCV – Vírus da Hepatite C

PEP - Profilaxia Pós-Exposição (*postexposureprophylaxys*)

RAAT - Relatório de Atendimento ao Acidentado do Trabalho

SEPA - Serviço Especializado em Prevenção e Assistência para IST/Aids/Hepatites Virais

SESMT - Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho

SINAN - Sistema Nacional de Agravos de Notificação TARV - Terapia Antirretroviral

TR – Teste rápido

UPA 24 horas – Unidade de pronto atendimento 24 horas

Sumário

1. Objetivos	5
2. Público Alvo	5
3. Definições operacionais	5
4. Princípios gerais do atendimento	5
5. Análise do risco de transmissão do HIV (Critérios para indicação de PEP)	6
6. Análise da pessoa-fonte	7
7. Indicação de PEP	7
8. Esquema de medicação profilática para o HIV	7
9. Análise do risco para hepatite B (HBV)	8
10. Análise do risco para hepatite C (HCV)	9
11. Fluxo de atendimento (síntese operacional)	9
12. FLUXO DE ATENDIMENTO IMEDIATO NO LOCAL DO ACIDENTE COM MATERIAL BIOLÓGICO	11
13. FLUXO DE ATENDIMENTO A PESSOA EXPOSTA (ACIDENTADO) A MATERIAL BIOLÓGICO NAS UNIDADES DE URGÊNCIA /UPA29 / UPA CERVEZON	12
14. Atendimento a pessoa exposta (acidentado) a material biológico no Serviço Especializado em Prevenção e Assistência (SEPA)	13
15. Fluxograma 3. Rotina de Atendimento – SEPA	13
16. Encaminhamento dos documentos	14
17. Fluxo de Atendimento ao Acidentado com Material Biológico de Risco no Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho – SESMT/ FMSRC	14
18. Referências Bibliográficas	14

ANEXOS:

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

LAUDO TESTES RÁPIDOS (TR)

FICHA SINAN Z-20.9 frente (disponível na web)

FICHA DE COMUNICAÇÃO E ANÁLISE DO ACIDENTE DE TRABALHO

RAAT

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

1. 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.

2. 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.

3. Definições operacionais

- a. Exposição de risco: Contato direto com sangue ou outros fluidos potencialmente contaminados (secreções vaginais, seminais, líquido, etc.) por meio de pele não íntegra, mucosas ou via percutânea (ex: acidentes com perfuro cortantes). Inclui também exposição sexual.
- b. Acidente ocupacional de risco biológico: Todo acidente com exposição a material biológico potencialmente contaminado, ocorrido durante o exercício das atividades laborais.
- c. Pessoa exposta: Indivíduo que sofreu exposição ao material biológico.
- d. Pessoa-fonte: Indivíduo cujo material biológico foi envolvido na exposição (identificada ou não).

4. Princípios gerais do atendimento

- a. Toda exposição a material biológico deve ser avaliada como urgência.
- b. A PEP para HIV deve ser iniciada idealmente nas primeiras 2 horas e no máximo até 72 horas.
- c. O local do acidente deve ser lavado com água e sabão. Em mucosas, usar apenas soro fisiológico ou água.
- d. O acidentado deve comunicar prontamente sobre o acidente ao gestor/chefia imediata presente em seu local de trabalho.
- e. O gestor/chefia imediato deve acolher e encaminhar o acidentado o mais rápido possível ao serviço de referência (UPA ou SEPA).
- f. O acolhimento humanizado e a orientação segura são essenciais.
- g. Nos casos de exposição sexual, além do uso desse protocolo deve-se atentar à possibilidade de contaminação por outras ISTs (Infecções Sexualmente

Transmissíveis, com uso do Protocolo de Violência Sexual (atendimento realizado pelo Pronto Atendimento da Maternidade) ou avaliação dos infectologistas do município (SEPA).

5. Análise do risco de transmissão do HIV (Critérios para indicação de PEP)

Para consideração de PEP para HIV, devem ser respondidas 4 perguntas.

A PROFILAXIA PARA HIV PODERÁ SER INDICADA SE AS 4 RESPOSTAS FOREM “SIM”:

PERGUNTA 1. O TIPO DE MATERIAL BIOLÓGICO É DE RISCO PARA TRANSMISSÃO DO HIV?

Material Biológico COM Risco	Material Biológico SEM Risco ^(a)
Sangue	Suor
Semem	Lágrima
Fluídos vaginais	Fezes
Líquidos de serosas(peritoneal,pleural,pericárdio)	Urina
Líquido amniótico	Vômitos
Líquor	Saliva
Líquido articular	Secreções nasais
Leite Materno	

(a)A presença de sangue nessas secreções torna esses materiais potencialmente infectantes.

RESPOSTA 1: ()SIM ()NÃO

PERGUNTA 2. O TIPO DE EXPOSIÇÃO É DE RISCO PARA TRANSMISSÃO DO HIV?

Exposição COM risco	Exposição SEM risco
Percutânea	Cutânea em pele íntegra
Membranas mucosas	Mordedura sem presença de sangue
Cutânea com pele nãoíntegra	
Mordedura com presença de sangue	

RESPOSTA 2: ()SIM ()NÃO

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.

RESPOSTA 3: ()SIM ()NÃO

PERGUNTA 4. A PESSOA EXPOSTA É NÃO REAGENTE PARA O HIV NO MOMENTO DO ATENDIMENTO? FAZER TESTES RÁPIDOS (TR) NA PESSOA EXPOSTA:

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

Pessoa exposta com TR não reagente: a PEP poderá ser indicada, pois a pessoa exposta é susceptível ao HIV exposição que motivou o atendimento e a	Pessoa exposta com TR reagente: a PEP não está indicada. A infecção pelo HIV ocorreu antes da pessoa deve ser encaminhada para acompanhamento no SEPA
RESPOSTA 4: () SIM- TR não reagente	() NÃO-TR reagente

Se todas as quatro respostas forem “SIM”, a PEP para HIV poderá estar indicada, **dependendo também, quando disponível, do TESTE RÁPIDO DA PESSOA-FONTE.**

6. Análise da pessoa – fonte

- Proceder teste rápido na pessoa-fonte (paciente-fonte) sempre que identificada.
- Empenhar todos os esforços para fazer os testes rápidos (TR) na pessoa-fonte, pois isso evitará uso desnecessário de medicações para a pessoa exposta.

7. Indicação de PEP

Quatro respostas “SIM”?	TR Pessoa Fonte	Indicação de PEP	Encaminhamento do acidentado ao SEPA
4 Respostas “SIM”	Reagente ou não realizado / Pessoa Fonte desconhecida	Indicada	Sim
4 Respostas “SIM”	Não reagente	Não Indicada	Não
1,2, ou 3 Respostas “SIM”	Qualquer resultado	Não Indicada	Apenas quando acima de 72 horas do acidente de risco e/ou acidentado tiver TR reagente para HIV

8. Esquema de medicações profiláticas para o HIV

Esquema Preferencial para PEP – Profilaxia HIV

Quando indicada a profilaxia antirretroviral para HIV, deverá ser iniciado, o mais precocemente possível, o seguinte esquema preferencial:

Tenofovir (TDF) 300mg + Lamivudina (3TC) 300mg: comprimido co-formulado + Dolutegravir (DTG) 50mg	1 comprimido por via oral, uma vez ao dia + 1 comprimido por via oral, uma vez ao dia
--	---

- A duração total do tratamento é de 28 dias consecutivos.
- Fornecer ao acidentado a medicação para 28-30 dias.
- Este esquema deve ser fornecido com prescrição médica e orientações sobre adesão, efeitos adversos e necessidade de seguimento ambulatorial.

OBSERVAÇÕES:

1) 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)3315-1456 ou com Infectologistas da FMS.

- 2) A decisão de iniciar ou não a profilaxia deve ser avaliada conforme critério clínico e em conjunto com a pessoa exposta.
- 3) 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, fazer 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.
- 4) Cabe ao médico completar o preenchimento dos seguintes documentos:
 - Ficha SINAN Z20.9: CAMPO 55. Anotar nome do Paciente – fonte no campo
 - “Informações complementares e observações”;
 - RAAT.

9. Análise do risco para hepatite B (HBV)

Pessoa – fonte com teste rápido reagente para HBV:

- Se a pessoa exposta apresentar Anti-HBs reagente: não há necessidade de profilaxia adicional.
- Se Anti-HBs negativo ou desconhecido:
 - Iniciar vacinação contra hepatite B, conforme esquema habitual.
 - Considerar aplicação de Imunoglobulina Humana (HBIG), conforme quadro abaixo
 - Encaminhar para SEPA para seguimento.
 - A pessoa-fonte com teste reagente para HBV também deve ser encaminhada para acompanhamento no SEPA

SITUAÇÃO VACINAL E SOROLOGIA DO PROFISSIONAL DE SAÚDE EXPOSTO	PESSOA-FONTE		
	HBSAG REAGENTE	HBSAG NÃO REAGENTE	HBSAG DESCONHECIDO
Não vacinado	IGHA HB + iniciar vacinação	Iniciar vacinação	Iniciar vacinação ^(a)
Vacinação incompleta	IGHA HB + 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)	IGHA HB + primeira dose da vacina hepatite B ou IGHA HB (2x) ^(a)	Iniciar nova série de vacina (três doses)	Iniciar nova série (três doses) ^(a)
Sem resposta vacinal após segunda série (6 doses)	IGHA HB (2x) ^(a)	Nenhuma medida específica	IGHA HB (2x) ^(a)
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: IGH AHB + primeira dose da vacina hepatite B	Se resposta vacinal inadequada: fazer segunda série de vacinação	Se resposta vacinal inadequada: fazer segunda série de vacinação ^(a)

Notas técnicas:

- A HBIG será administrada idealmente em até 48 horas e no máximo de 7 dias após a exposição.
- A Vigilância Epidemiológica deve ser comunicada para a disponibilização e agendamento da HBIG, quando indicada.

10. Análise do risco para hepatite C (HCV)

Pessoa – fonte com teste rápido reagente para HCV

- Não há profilaxia, eficaz imediata disponível.
- A incidência média de transmissão ocupacional por HCV é de 1,8%
- Encaminhar a pessoa exposta para o SEPA, com cópia da documentação completa.
- A pessoa-fonte com teste reagente para HCV também deve ser encaminhada para acompanhamento no SEPA.

11. Fluxo de atendimento (síntese operacional)

No local do acidente:

- Lavar área exposta com água e sabão. Se mucosa, usar soro fisiológico ou água.
- Notificar imediatamente a chefia/gestor do local.
- Encaminhar à unidade de urgência (UPA 29 ou UPA Cervezão) preferencialmente em até 2h.

Na unidade de urgência:

- Avaliar os critérios de exposição.
- Realizar teste rápido na pessoa exposta (HIV, HBV, HCV).
- Providenciar testagem da pessoa-fonte, se conhecida.
- Iniciar PEP, se indicada.
- Fornecer medicação e prescrição para 28 dias.
- Preencher RAAT e Ficha SINAN.

Encaminhamentos:

- a. Testes rápidos devem ser preferencialmente realizados na hora.
 - Em caso de impossibilidade, coletar sangue total (tubo amarelo) 5 ml da pessoa-fonte identificada e encaminhar junto com o acidentado à unidade executora.

Situação	Encaminhamentos
Acidente Ocupacional	Serviços de medicina do trabalho ou saúde ocupacional da Instituição de vínculo com o acidentado (público ou privado), com cópia de toda a documentação pertinente* CEREST: recebimento da Ficha SINAN e RAAT originais ao final do acompanhamento.
Indicado uso de PEP	Acidentado encaminhado ao SEPA com relatório
Acidentado com qualquer TR reagente	Acidentado encaminhado ao SEPA com relatório
Pessoa fonte com qualquer TR reagente	Pessoa fonte encaminhada ao SEPA com relatório

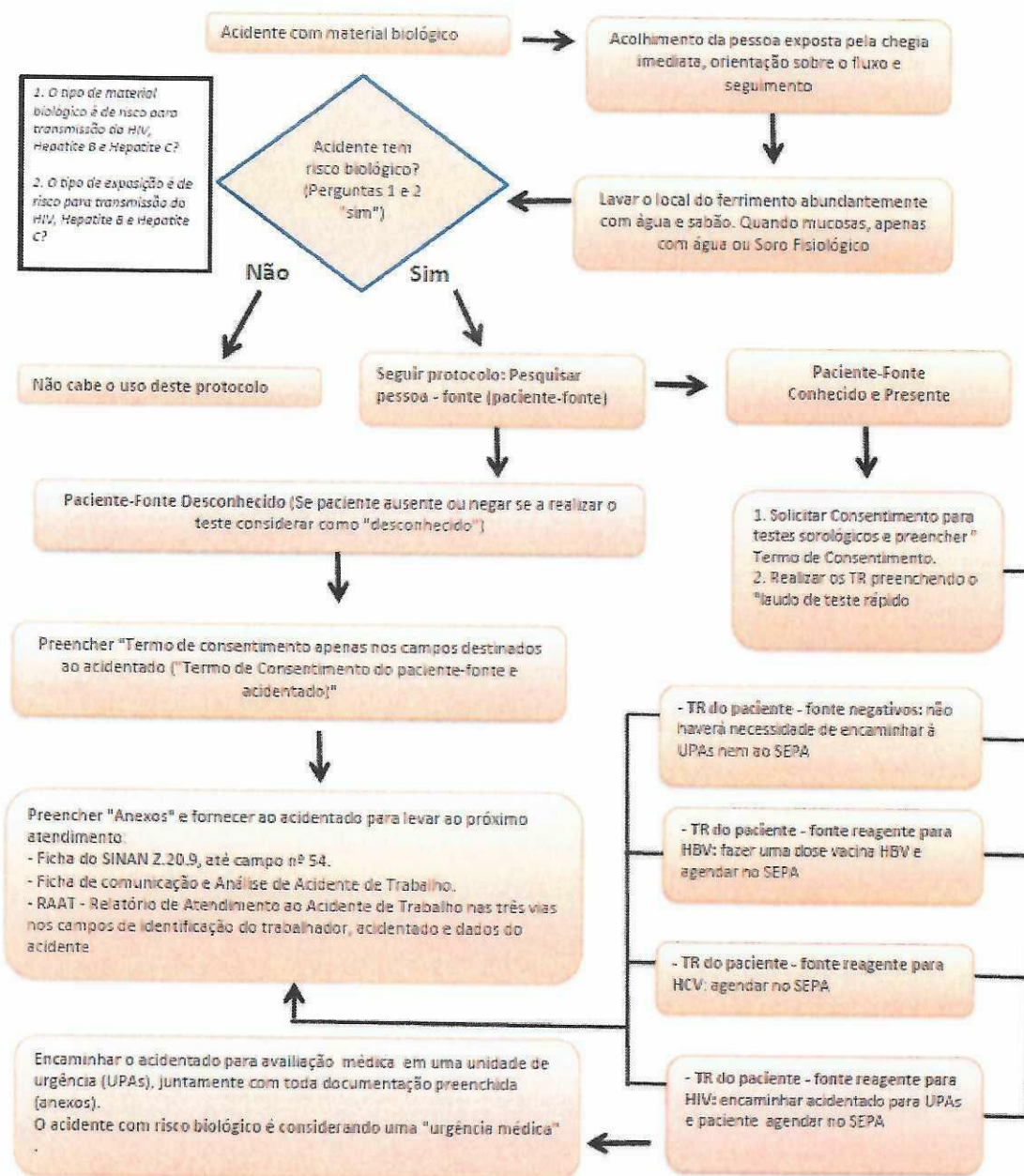
***RAAT** (Relatório de Atendimento ao Acidentado de Trabalho) – preenchido e assinado pela unidade que realizou o atendimento inicial.

***Ficha de Notificação do SINAN** – Acidente com Exposição a Material Biológico – quando aplicável. Resultados dos Testes Rápidos (HIV, HBV, HCV) – da pessoa exposta e, se possível, da pessoa-fonte. Prescrição médica da PEP – se foi indicada.

***Documentos pessoais de identificação**

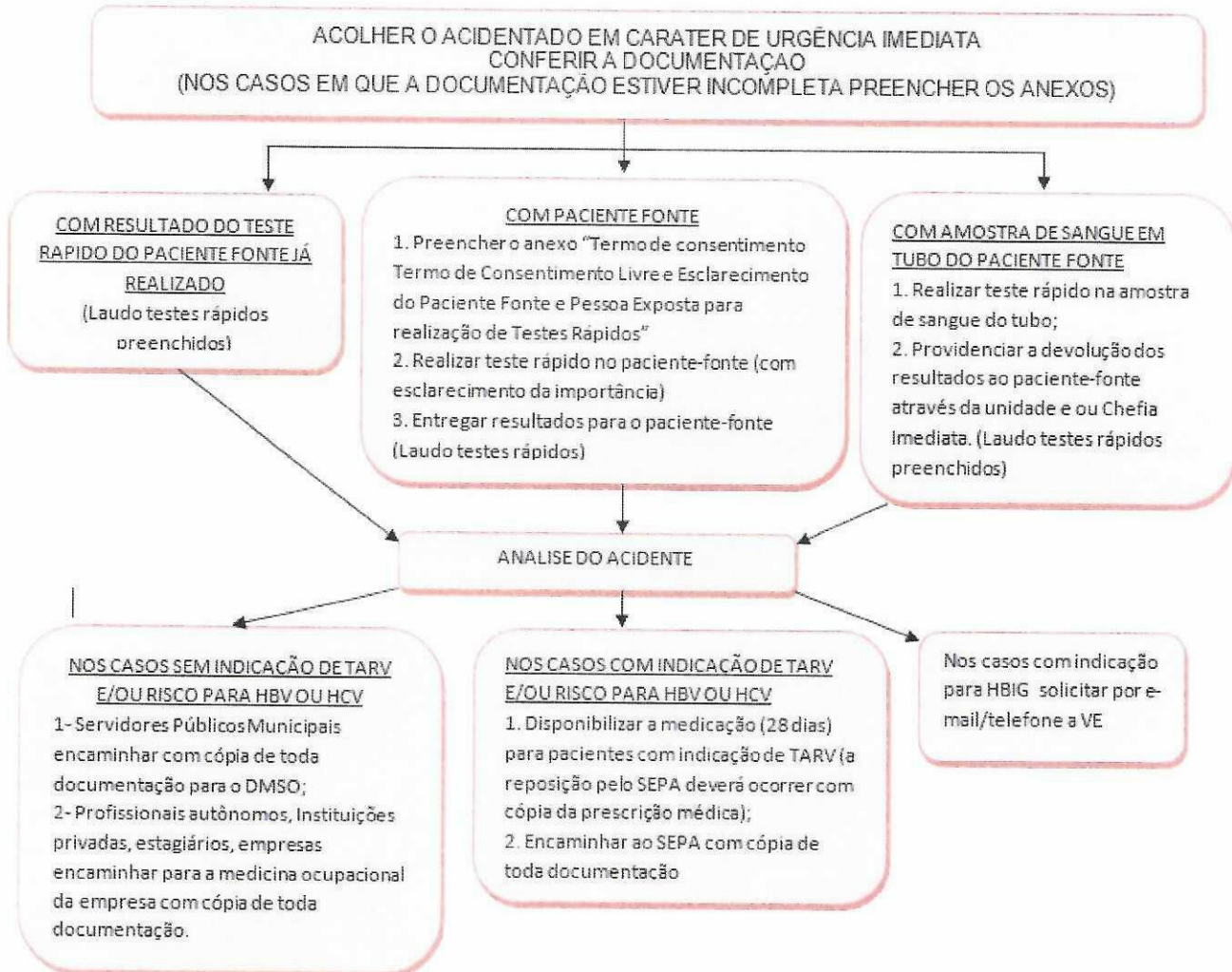
***Carteira de vacinação** – principalmente quando há risco de hepatite B e necessidade de avaliar Anti-HBs.

12. Fluxo de Atendimento Imediato no Local do Acidente Com Material Biológico



Na impossibilidade de realizar os testes rápidos na própria unidade, deve-se entrar em contato com a unidade mais próxima ou com o SEPA para o devido encaminhamento do paciente-fonte e da pessoa exposta (acidentado). Considerando o horário de funcionamento das unidades, também é possível encaminhar o paciente-fonte e o acidentado para a UPA, para realização dos testes e demais condutas necessárias. Na impossibilidade de encaminhar o paciente-fonte, deve-se coletar 5 ml de sangue em tubo amarelo, devidamente identificado com nome completo, data de nascimento, data e horário da coleta, encaminhando o material juntamente com o acidentado.

13. Fluxo de Atendimento a Pessoa Exposta (Acidentado) a Material Biológico nas Unidades de Urgência – UPAs

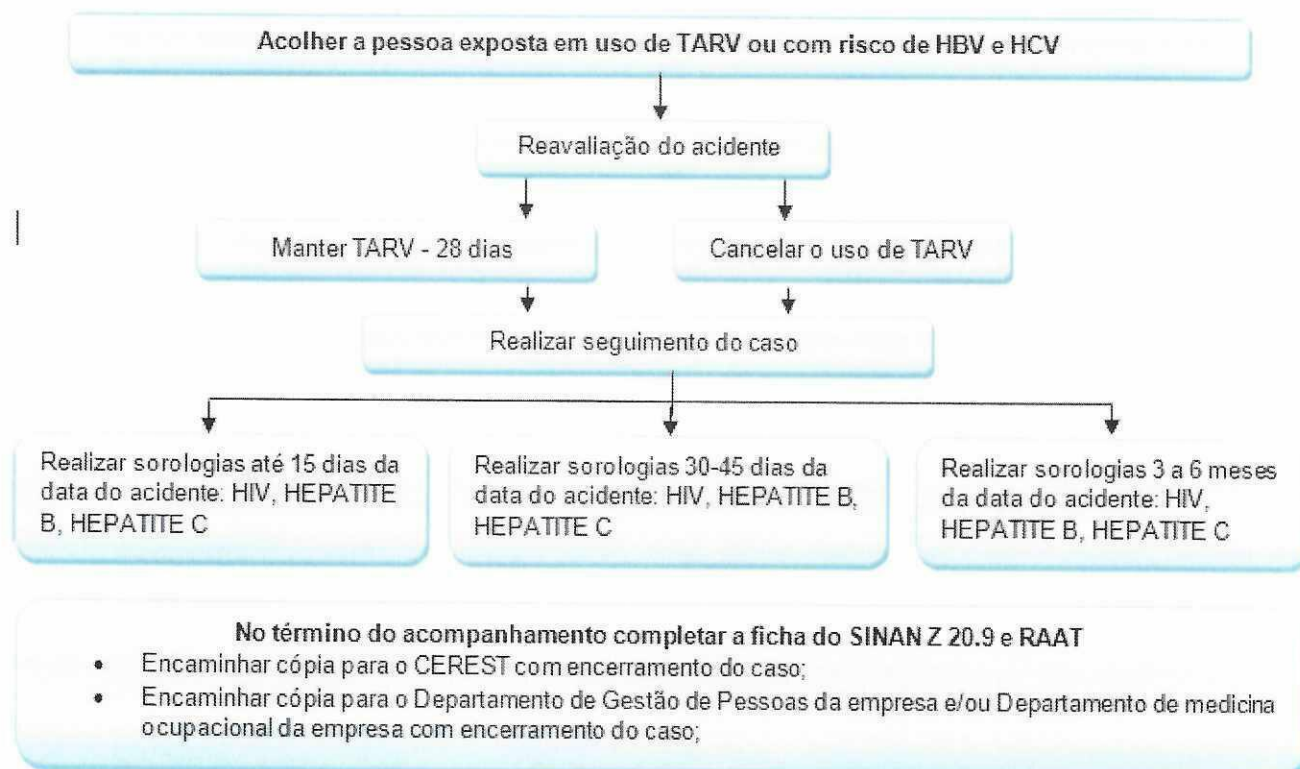


14. Atendimento a Pessoa Exposta (Acidentado) a Material Biológico no Serviço Especializado em Prevenção e Assistência (SEPA)

Atribuições:

- O SEPA é responsável pela continuidade do seguimento dos acidentados em uso de PEP e com risco constatado de aquisição de HBV ou HCV, solicitando exames conforme seu protocolo (acompanhamento apenas dos casos em uso de TARV para o HIV ou com risco de HBV / HCV).
- Disponibilizar e controlar o fornecimento de TARV para as unidades de emergência;
- Acompanhar os casos com realização dos exames complementares;
- Disponibilizar a cópia dos exames realizados ao acidentado para que seja entregue ao SESMT ou aos serviços de medicina ocupacional de referência.
- Providenciar a TARV (PEP) (a solicitação para reposição da TARV deve ser acompanhada da cópia da prescrição médica ao acidentado).
- Encaminhar a cópia do ANEXO III SINAN e cópia do ANEXO V JUNTOS para o CEREST ao encerramento do caso.
- Informar o encerramento do acompanhamento do acidentado ao CEREST, SESMT, ou Medicina Ocupacional.

15. Fluxograma 3. Rotina de Atendimento – SEPA



16. Encaminhamento dos documentos:

- a. Arquivar a cópia do **RAAT** na unidade de atendimento
- b. Ao **CEREST: Ficha SINAN original** (anexo) JUNTO com a **Ficha da RAAT original** (anexo)
- c. Ao Serviço de Medicina Ocupacional: (DEGESS para funcionários da Prefeitura de Rio Claro): Entregar a Cópia da RAAT ao acidentado, orientando-o para abertura da CAT
- d. Ao SESMT (SERVIDORES DA FMSRC):
 - * RAAT (folha—emitida pelo Pronto Atendimento);
 - * Ficha de Comunicação para Análise de Acidente de Trabalho (preenchida e carimbada pela chefia com assinatura das testemunhas);
 - * Carteira de vacinação;
 - * Atestado médico, se houver;
 - * Testes rápido do servidor;
 - * Termo consentimento do servidor.

Os documentos acima devem ser enviados pela chefia através do link:

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdSOupRXK5Iy_smGPYboFT4QC7gvGJ1smBpjEV_Lv-f3FTlC2g/viewform?usp=sf_link

A comunicação do acidente deverá ser enviada no link no prazo máximo de 24 horas do ocorrido pela coordenação do servidor acidentado.

17. Fluxo de Atendimento ao Acidentado com Material Biológico de Risco no Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho – FMSRC (apenas para servidores municipais)

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

18. Referências Bibliográficas

1. Ministério da Saúde. *Exposição a materiais biológicos*. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2006. Série A. Normas e Manuais Técnicos; nº 3. ISBN 85-334-1145-1.

**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:	
☐ paciente fonte identificado	☐ paciente fonte desconhecido
☐ Paciente fonte recusou-se a realizar testes	☐ 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: ☐ No local do acidente	
Unidade de Urgência: ☐ UPA 29 ☐ UPA CERVEZON	

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 (HBSAg)

Amostra: Sangue Total punção digital
 Nome do Produto: _____ Lote: _____ Validade: _____
 Método: Imunocromatografia

Resultado do Teste:
 () Não reagente para antígeno de superfície da Hepatite B (HBsAg)
 () 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 (ANTIHCV)

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 haja resultados positivos devem ser realizados exames complementares para diagnóstico definitivo 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

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

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 A 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, protozoários), por meio de material perfuro-cortante ou não.				
Dados Gerais	1 Tipo de Notificação	2 - Individual		
	2 Agravado(a)	ACIDENTE DE TRABALHO COM EXPOSIÇÃO A MATERIAL BIOLÓGICO		
	3 Código (CID10)	Z20.9		
	4 UF	5 Município de Notificação	6 Código (IBGE)	7 Data de Notificação
Dados do Paciente	8 Nome do Paciente	9 Data de Nascimento		
	10 Sexo (Masculino / Feminino)	11 Estado Civil (Solteiro / Casado / Viúvo / Divorciado)	12 Cor da pele (Branca / Preta / Amarela / Indígena)	13 Data do Acidente
	14 Escolaridade	15 Nome da Mãe		
	16 Número da Cartão SUS	17 UF		
Dados de Residência	18 Município de Residência	19 Código (IBGE)	20 Distrito	21 Logradouro (rua, avenida, ...)
	22 Número	23 Complemento (apto, casa, ...)	24 Geo-código 1	25 Geo-código 2
	26 (DDD) Telefone	27 Zona	28 País (se residente fora do Brasil)	29 CEP
	Dados Complementares do Caso			
Dados da Empresa Contratante	31 Ocupação	32 Situação no Momento do Trabalho		
	33 Registro CNPJ ou CPF	34 Nome da Empresa ou Empregador		
	35 Atividade Econômica (CNAE)	36 UF		
	37 Cidade	38 Bairro		
	39 Número	40 Endereço		
	41 (DDD) Telefone	42 Data do Acidente		
	43 O Empregador é Empresa Terceirizada	44 Sim / Não / Não se aplica / Ignorado		
	45 Tipo de Trabalho	46 Sim / Não / Não se aplica / Ignorado		
	47 Tipo de Material Biológico	48 Sim / Não / Não se aplica / Ignorado		
	49 Tipo de Lesão	50 Sim / Não / Não se aplica / Ignorado		

ANEXOIII -VERSO

FICHA SINAN Z-20.9-(disponível na web)

Acidente com material biológico	46 Tipo de Exposição 1-Sim 2-Não 3-Ignorado ☐ Percutânea ☐ Pêlo íntegro ☐ Outros _____ ☐ Mucosa (oral/ocular) ☐ Pêlo não íntegro
	47 Material orgânico 1-Sangue 2-Líquor 3-Líquido pleural 4-Líquido amniótico 5-Líquido amniótico 6-Fluido com sangue 7-Semiplasma 8-Outros _____ ☐
	48 Circunscções do Acidente 01 - Adm. de medicação endovenosa 05 - Lavandaria 10 - Lavagem de material 02 - Adm. de medicação intramuscular 11 - Manipulação de cápsula com material perfurocortante 03 - Adm. de medicação subcutânea 12 - Procedimento cirúrgico 04 - Adm. de medicação intradérmica 13 - Procedimento odontológico 05 - Punção venocutânea para coleta de sangue 14 - Procedimento laboratorial 06 - Punção venocutânea não especificada 15 - Dado 07 - Descarte inadequado de material perfurocortante em saco de lixo 16 - Roubos 08 - Descarte inadequado de material perfurocortante em lâmina, caneta, chula, etc. 17 - Outros 09 - Ignorado
	49 Agente 1-Agula com lâmina (luz) 2-Agula sem lâmina (luz) 3-Intracut 4-Vitros ☐ 5-Lâminha (qualquer tipo) 6-Outros 7-Ignorado
	50 Uso de EPI (apresentar de uma opção) 1-Sim 2-Não 3-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 3-Ignorado	52 Resultados de exames do acidentado (no momento do acidente - data ZERO) 1-Positivo 2-Negativo 3-Inconclusivo 4-Não realizado 5-Ignorado ☐ Anti-HIV ☐ HbsAg ☐ Anti-HBs ☐ Anti-HCV
53 Paciente Fonte Conhecida? 1-Sim 2-Não 3-Ignorado	54 Se sim, qual o resultado dos testes sorológicos? 1-Positivo 2-Negativo 3-Inconclusivo 4-Não Realizado 5-Ignorado ☐ HbsAg ☐ Anti-HBs ☐ Anti-HIV ☐ Anti-HCV
55 Conduta no momento do acidente 1-Sim 2-Não 3-Ignorado ☐ Sem indicação de quimioprofilaxia ☐ AZT+3TC+Indinavir ☐ Vacina contra hepatite B ☐ Realizou quimioprofilaxia indicada ☐ AZT+3TC+Ritonavir ☐ Outra Esquema de ARV/ Especificar _____ ☐ AZT+3TC ☐ Imunoglobulina humana contra hepatite B (HBIG)	
56 Evolução da Caso 1-Ata com conclusão sorológica (Especificar vírus _____) 2-Ata sem conclusão sorológica 3-Ata paciente fonte negativo 4- Abandono 5- Outro por acidente com exposição a material biológico 6- Outro por Outra Causa 7-Ignorado	
57 Se Outro, Data _____	58 Foi enviada a Comunicação de Acidente de Trabalho 1-Sim 2-Não 3-Não se aplica 4-Ignorado
Informações complementares e observações	
Investigador Município/Unidade de Saúde _____ Cod. da Unid. de Saúde _____ Nome _____ Função _____ Assinatura _____ Acidente de trabalho com exposição a material biológico Sinan Net SUS 21/06/2019	

ANEXO IV - FRENTE

FICHA DE COMUNICAÇÃO PARA ANÁLISE DO ACIDENTE DE TRABALHO
(disponibilizada site da FMS, página do SESMT)



Fundação/Secretaria Municipal de Saúde
Prefeitura Municipal de Rio Claro



FICHA DE COMUNICAÇÃO PARA 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 “f”.
- 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	
DADOS DO ACIDENTADO	Nome:
	Matricula: Telefone/Celular:
	Endereço: nº
	Bairro: CEP:
	Cidade: UF:
	Data de Nascimento: ____/____/____ Estado Civil:
	CPF nº:
	Cargo: Regime: ☐ Estatutário ☐ CLT
	Turno de Trabalho:
	das ____ horas às ____ horas
	das ____ horas às ____ horas
	Unidade:
Endereço da Unidade:	
Telefone da Unidade:	
TESTEMUNHAS (QUANDO HOUVER)	
Nome:	
Cargo:	
Nome:	
Cargo:	

Preencher o verso da ficha.

ANEXO IV - VERSO



Fundação/Secretaria Municipal de Saúde
Prefeitura Municipal de Rio Claro



DADOS DO ACIDENTE	Data do Acidente: ____/____/____	Data do Preenchimento da Ficha: ____/____/____
	Início do trabalho: ____ horas	Hora do acidente: ____ horas
	Local do Acidente (Descrever o local / endereço):	
	Dados a serem preenchidos pelo Acidentado - deve descrever detalhadamente o acidente e os fatos que levaram ao acidente.	
	Partes do Corpo Atingidas:	
	Assinatura do Acidentado / ou Testemunha: _____ Data: ____/____/____	
	Dados preenchidos pela Chefia - deve descrever detalhadamente o acidente e os fatos que levaram ao acidente.	
	Assinatura e Carimbo da Chefia Imediata: _____ Data: ____/____/____	

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).

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			
Dados de Nasc.	Sexo ☐ Masc. ☐ Fem.	Mãe	
Endereço (Rua, Avenida, Número, Complemento)			Bairro
Município	Estado	Telefone	Ocupação
Empresa		End. da Empresa	
☐ Urbana ☐ Rural	Município	Estado	
Regime de Trabalho ☐ CLT ☐ Funcionário Público ☐ Autônomo ☐ Outros			

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

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

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

Assinatura e Carimbo com CRM