

**ANEXO IV - REGISTRO DE ACIDENTE OCUPACIONAL COM RISCO BIOLÓGICO,  
QUÍMICO OU TRAUMÁTICO**

**COMISSÃO INTERNA DE BIOSSEGURANÇA - CIBIO  
REGISTRO DE ACIDENTE OCUPACIONAL COM RISCO BIOLÓGICO, QUÍMICO OU  
TRAUMÁTICO**

No. de protocolo UNOESC \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

No. de registro do documento na CIBio \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Informações Gerais**

Nome .....

Código / Matrícula .....Telefone Residencial .....Telefone Celular .....

Data e hora do acidente ocupacional ..... / ..... / ..... às ..... horas

Data e hora da abertura do registro ..... / ..... / ..... às ..... horas

Local do acidente ocupacional: .....

Professor ou funcionário no local ..... Matrícula:.....

Testemunha 1 (SE HOVER) ..... CPF:.....

Testemunha 2 (SE HOVER) ..... CPF:.....

**TIPO DE ACIDENTE**

- Envolve material ou procedimento com Fluido ou Sangue Humano
- Envolve perfuro cortante não contaminado
- Envolve agentes químicos
- Envolve agentes biológico com risco  $\geq$  II
- Envolve traumas ou queimadura (não provocada por agente químico)

**DESCRIÇÃO DO ACIDENTE**

---

---

---

---

---

---

**DESCRIÇÃO DOS PRIMEIROS SOCORROS**

---

---

---

---

---

---

**PERGUNTAS PARA MELHOR ENTENDIMENTO DO ACIDENTE**

- 1 O acidente ocorreu perto da horário de término do expediente? ( ) Não ( ) Sim
- 2 Estava com pressa? ( ) Não ( ) Sim
- 3 Qual a via de entrada do material biológico / químico?
  - Perfuração/corte/laceração de pele/mucosa íntegra
  - Com refluxo de sangue
  - Sem refluxo de sangue
  - Através de lesões já existentes na pele
  - Oral (ingestão)
  - Inalação
  - Mucosa ocular

4 O material manipulado estava contaminado com material biológico?  
( ) Não ( ) Sim ( ) Não, porém permitiu a entrada do material biológico

5 Qual(is) a(s) parte(s) do corpo atingida(s)?

- ( ) Olhos ( ) Boca ( ) Nariz  
( ) Braço direito ( ) Braço esquerdo  
( ) Mão direita ( ) Mão esquerda  
( ) Perna direita ( ) Perna esquerda  
( ) Pé direito ( ) Pé esquerdo  
( ) Cabeça ( ) Tronco

6 Em caso de acidente com agulha, durante o acidente estava procedendo?

- ( ) Aplicação de medicamento / anestésico  
( ) Realizando punção sanguínea  
( ) Manuseando lixo  
( ) Colocando a proteção plástica na agulha

7 Teve instrução de segurança no manuseio de agulhas? ( ) Não ( ) Sim

8 Está com quais esquemas vacinais em dia?

- ( ) anti-Hepatite B  
( ) antitetânica  
( ) antirrábica

9 Estava usando EPIs? ( ) Não ( ) Sim

Quais: \_\_\_\_\_

10 Foi orientando quanto ao uso das EPIs para o devido procedimento? ( ) Não ( ) Sim

Por quem: \_\_\_\_\_

11 Já teve algum acidente ocupacional nesta instituição? ( ) Não ( ) Sim

Há quanto tempo: \_\_\_\_\_

Quantas vezes: \_\_\_\_\_

### Declaração do Acidentado

Eu \_\_\_\_\_, com CPF \_\_\_\_\_, certifico que todas as informações são verdadeiras, estando ciente das ações penais a que estou sujeito caso haja informações falsas no presente instrumento.

Ass.: \_\_\_\_\_

### Testemunhas (nome legível)

\_\_\_\_\_  
Prof/Funcionário Responsável  
CPF:

\_\_\_\_\_  
Testemunha 1  
CPF:

\_\_\_\_\_  
Testemunha 2  
CPF:

### DESCRIÇÃO DAS PROVIDÊNCIAS TOMADAS DE ACORDO COM O FLUXOGRAMA NA DA PORTARIA -----

Campos 1-5: preenchimento exclusivo do coordenador de curso ou de laboratório

Campos 6-12: preenchimento exclusivo da CIBio

	Procedimento	Ok	Data	Assinatura
1	Primeiros Socorros no local	( )	___/___/___	_____
2	Encaminhamento para coordenação	( )	___/___/___	_____
3	Abertura do registro de acidente	( )	___/___/___	_____
4	Chamada do SAMU	( )	___/___/___	_____
5	Encaminhamento para o hospital	( )	___/___/___	_____

- 6 Iniciado esquema de tratamento antirretroviral ou esquema vacinal anti-hepatite B  
 \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_
- 7 Início da análise e investigação do acidente pela CIBio  \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_
- 8 Término da análise e investigação do acidente pela CIBio  \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_
- 9 Encaminhamento à CIPA, em caso de funcionário da instituição  \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_
- 10 Acidentado encaminhado ao atendimento psicológico  \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_
- 11 Término do tratamento ou esquema vacinal corretamente  \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_
- 12 Encerramento do registro de acidente  \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

-----

**ATENDIMENTO HOSPITALAR AO ACIDENTADO**

Hospital: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Hora: \_\_\_:\_\_\_

Médico: \_\_\_\_\_

Descrição resumida do atendimento \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Foi administrada alguma medicação?  Não  Sim Qual: \_\_\_\_\_

Foi prescrito algum medicamento?  Não  Sim Qual: \_\_\_\_\_

**IDENTIFICAÇÃO E CONDUTAS COM PACIENTE - Fonte (em caso de acidente envolvendo sangue ou fluido humano)**

Nome: .....

Endereço: .....

Tel. Residencial: ..... Tel. Comercial: ..... Tel. Celular: .....

Sexo:  Masc

Fem Idade: .....

Paciente conduzido ao Hospital?  Sim  Não

Paciente foi localizado (em caso de amostra de sangue/fluido armazenado)?  Sim  Não

Paciente aceito e assinou termo de autorização de coleta de material para exames sorológicos?  Sim  Não

Exames realizados com a amostra do paciente

Teste Rápido HIV Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

HCV Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

HbsAg Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

HbsAc Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Resultados dos primeiros exames do paciente

Teste Rápido HIV  Positivo  Negativo

HCV  Positivo  Negativo

HbsAg  Positivo  Negativo

HbsAc  Positivo  Negativo

**EXAMES REALIZADOS PARA O ACIDENTADO**

Exames realizados com a amostra do paciente  Teste Rápido HIV

HCV Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

HbsAg Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

HbsAc Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Primeiro resultado: Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Teste Rápido HIV  Positivo  Negativo

HCV  Positivo  Negativo

HbsAg  Positivo  Negativo

HbsAc  Positivo  Negativo

