

FORMULARIO DE ACCIDENTE CORTOPUNZANTE

FECHA DE NOTIFICACIÓN DEL ACCIDENTE :

IDENTIFICACIÓN DEL ACCIDENTADO

NOMBRE Y APELLIDO : SEXO : F M EDAD :

DOCUMENTO : TELÉFONO : E-MAIL :

PRESTADOR DE SALUD QUE LE CORRESPONDE : VACUNA HEP B : SI NO

VÍNCULO CON UDELAR : FUNCIONARIO ESTUDIANTE OTRO HORARIO QUE REALIZABA :

ÁREA A LA QUE PERTENECE : CARGO EN EL ÁREA :

INFORMACIÓN DEL ACCIDENTE

FECHA DEL ACCIDENTE: HORA : LUGAR :

TELÉFONO DEL LUGAR : NOMBRE DEL SUPERIOR A CARGO :

NOMBRE PACIENTE FUENTE : TELÉFONO :

OBSERVACIONES :

¿ABANDONA LA ACTIVIDAD ANTES DEL HORARIO DE FINALIZACIÓN? SI NO

¿LUEGO DEL ACCIDENTE, CONCORRE A ALGÚN PRESTADOR DE SALUD? SI NO ¿CUAL?

CARACTERIZACIÓN DEL ACCIDENTE

ACTIVIDAD QUE REALIZABA EN EL LUGAR DEL ACCIDENTE :

DESCRIPCIÓN DETALLADA DEL ACCIDENTE :

CLASIFICACIÓN DEL ACCIDENTE

1 PUNCIÓN

AGUJA HUECA
 LUER
 CARPULE
 AGUJA MACIZA
 INSTRUMENTAL
 ¿CUAL?

2 CORTE

BISTURÍ
 INSTRUMENTAL
 ROTATORIO
 OTRO
 ¿CUAL?

3 CONTACTO MUCOSAS

OCULAR NASAL BUCAL

4 FLUIDO

SANGRE SALIVA
 PUS OTRO
 VISIBLE NO VISIBLE

OTRO TIPO DE CONTACTO:

FIRMA DEL DOCENTE