

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		