

**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) <b>Z20.9</b>		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 I - Ignorado		12 Gestante 1-1ºTrimestre 2-2ºTrimestre 3-3ºTrimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9-Ignorado		13 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena	
	14 Escolaridade 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª à 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio 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						Etnia 1- Tupiniquim 2- Guarani 9- ignorado	
	15 Número do Cartão SUS			16 Nome da mãe				
	PcD (pessoa com deficiência) 1- sim 2- não		Pessoa em situação de rua 1- sim 2- não		CPF do paciente		Nacionalidade	
	Passaporte				Orientação sexual 1- Heterossexual 2- Homossexual 3- Bissexual 4- Pansexual 8- Não se aplica 9- Ignorado			
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)			
	Unidade de Saúde de Referência							

**Dados complementares do caso**

ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS	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 12- Outros 99 - Ignorado						33 Tempo de Trabalho na Ocupação 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano		
	<b>Dados da Empresa Contratante</b>								
	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									

46] Tipo de Exposição	<input type="checkbox"/> Percutânea	<input type="checkbox"/> Pele íntegra	<input type="checkbox"/> Outros _____
1- Sim 2- Não 9- Ignorado	<input type="checkbox"/> Mucosa (oral/ ocular)	<input type="checkbox"/> Pele não íntegra	

47] Material orgânico	1-Sangue 2-Líquor 3-Líquido pleural 4-Líquido ascítico 5-Líquido amniótico 6-Fluido com sangue 7-Soro/plasma	<input type="checkbox"/>
8-Outros: _____	9-Ignorado	

48] Circunstância do Acidente	09 - Lavanderia	<input type="checkbox"/>
01 - Administ. de medicação endovenosa	10 - Lavagem de material	<input type="checkbox"/>
02 - Administ. de medicação intramuscular	11 - Manipulação de caixa com material perfurocortante	
03 - Administ. de medicação subcutânea	12 - Procedimento cirúrgico	
04 - Administ. de medicação intradérmica	13 - Procedimento odontológico	
05 - Punção venosa/arterial para coleta de sangue	14 - Procedimento laboratorial	
06 - Punção venosa/arterial não especificada	15 - Dextro	
07 - Descarte inadequado de material perfurocortante em saco de lixo	16 - Reencape	
08 - Descarte inadequado de material perfurocortante em bancada, cama, chão, etc...	98 - Outros	
	99 - Ignorado	

49] Agente	1-Agulha com lúmen (luz) 2 - Agulha sem lúmen/maciça 3 - Intracath 4 - Vidros 5 - Lâmina/lanceta (qualquer tipo)	<input type="checkbox"/>
	6 - Outros 9 - Ignorado	

50] Uso de EPI (aceita mais de uma opção)	1- Sim 2 - Não 9 - Ignorado
<input type="checkbox"/> LUVA	<input type="checkbox"/> Avental
<input type="checkbox"/> Óculos	<input type="checkbox"/> Máscara
<input type="checkbox"/> Proteção facial	<input type="checkbox"/> Bota

51] Situação vacinal do acidentado em relação à hepatite B (3 doses)	<input type="checkbox"/>	52] Resultados de exames do acidentado (no momento do acidente - data ZERO)
1-Vacinado 2-Não vacinado 9-Ignorado		1-Positivo 2-Negativo 3-Inconclusivo 4-Não realizado 9-Ignorado
		<input type="checkbox"/> Anti-HIV <input type="checkbox"/> HbsAg <input type="checkbox"/> Anti-HBs <input type="checkbox"/> Anti-HCV

**Dados do Paciente Fonte ( no momento do acidente)**

53] Paciente Fonte Conhecida?	<input type="checkbox"/>	54] Se sim, qual o resultado dos testes sorológicos?
1-Sim 2 - Não 9- Ignorado		1-Positivo 2-Negativo 3-Inconclusivo 4 - Não Realizado 9-Ignorado
		<input type="checkbox"/> HbsAg <input type="checkbox"/> Anti-HIV <input type="checkbox"/> Anti-HBs <input type="checkbox"/> Anti-HCV

55] Conduta no momento do acidente	1- Sim 2- Não 9- Ignorado
<input type="checkbox"/> Sem indicação de quimioprofilaxia	<input type="checkbox"/> AZT+3TC+Indinavir
<input type="checkbox"/> Recusou quimioprofilaxia indicada	<input type="checkbox"/> AZT+3TC+Nelfinavir
<input type="checkbox"/> AZT+3TC	<input type="checkbox"/> Imunoglobulina humana contra hepatite B (HBIG)
	<input type="checkbox"/> Vacina contra hepatite B
	<input type="checkbox"/> Outro Esquema de ARV Especifique _____

56] Evolução do Caso	<input type="checkbox"/>
1-Alta com conversão sorológica (Especificar vírus: _____) 2-Alta sem conversão sorológica 3-Alta paciente fonte negativo	
4- Abandono 5- Óbito por acidente com exposição à material biológico 6- Óbito por Outra Causa 9- Ignorado	

57] Se Óbito, Data	58] Foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho	<input type="checkbox"/>
	1-Sim 2 - Não 3- Não se aplica 9- Ignorado	

**OBSERVAÇÃO**


Município/Unidade de Saúde	Cód. da Unid. de Saúde
Nome	Função
	Assinatura