

**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, príons e protozoários), por meio de material perfuro-cortante ou não.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação	2 - Individual			
	2 Agravado/doença	Código (CID10)	3 Data do Notificação		
	<b>ACIDENTE DE TRABALHO COM EXPOSIÇÃO À MATERIAL BIOLÓGICO</b>		Z20.9		
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)		
Notificação Individual	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificador)	Código	7 Data do Acidente		
	8 Nome do Paciente				9 Data de Nascimento
	10 (ou) Idade	11 Sexo	12 Gestante	13 Raça/Cor	
	14 Escolaridade				
Dados de Residência	15 Número do Cartão SUS	16 Nome da mãe			
	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	30 País (se residente fora do Brasil)		
	31 Ocupação				
	32 Situação no Mercado de Trabalho				
Antecedentes Epidemiológicos	33 Tempo de Trabalho na Ocupação				
	Dados da Empresa Contratante				
	34 Registro/ CNPJ ou CPF		35 Nome da Empresa ou Empregador		
	36 Atividade Econômica (CNAE)		37 UF	38 Município	
	39 Distrito		40 Bairro		41 Endereço
	42 Número	43 Ponto de Referência		44 (DDD) Telefone	
	45 O Empregador é Empresa Terceirizada				

**46** Tipo de Exposição  Percutânea  Pele íntegra  Outros \_\_\_\_\_  
 Mucosa (oral/ ocular)  Pele não íntegra  
 1- Sim 2- Não 9- Ignorado

**47** Material orgânico  9-Ignorado  
 1-Sangue 2-Líquor 3-Líquido pleural 4-Líquido ascítico  
 5-Líquido amniótico 6-Fluido com sangue 7-Soro/plasma 8-Outros: \_\_\_\_\_

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

**49** Agente  4 - Vidros  
 1-Agulha com lúmen (luz) 2 - Agulha sem lúmen/maciça 3 - Intracath  
 5 - Lâmina/lanceta (qualquer tipo) 6 - Outros 9 - Ignorado

**50** Uso de EPI (aceita mais de uma opção) 1- Sim 2 - Não 9 - 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 9-Ignorado

**52** Resultados de exames do acidentado (no momento do acidente - data ZERO)  
 1-Positivo 2-Negativo 3-Inconclusivo 4-Não realizado 9-Ignorado  
 Anti-HIV  HbsAg  Anti-HBs  Anti-HCV

Dados do Paciente Fonte ( no momento do acidente)  
**53** Paciente Fonte Conhecida?   
 1-Sim 2 - Não 9- Ignorado

**54** Se sim, qual o resultado dos testes sorológicos?  
 1-Positivo 2-Negativo 3-Inconclusivo 4 - Não Realizado 9-Ignorado  
 Hbs Ag  Anti-HBc  
 Anti-HIV  Anti-HCV

**55** Conduta no momento do acidente 1- Sim 2- Não 9- Ignorado  
 Sem indicação de quimioprofilaxia  AZT+3TC+Indinavir  Vacina contra hepatite B  
 Recusou quimioprofilaxia indicada  AZT+3TC+Nelfinavir  Outro Esquema de ARV Especifique \_\_\_\_\_  
 AZT+3TC  Imunoglobulina humana contra hepatite B (HBIG)

**56** Evolução do Caso   
 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   
 1-Sim 2 - Não 3- Não se aplica 9- Ignorado

**Informações complementares e observações**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Investigador** Município/Unidade de Saúde  Cód. da Unid. de Saúde \_\_\_\_\_  
 Nome \_\_\_\_\_ Função \_\_\_\_\_ Assinatura \_\_\_\_\_