

SCHEMA DATI INFORTUNIO

Relazione a cura del/la Coordinatore/trice - Responsabile del Servizio/CdL o Suo/a Delegato/a

Il/la Sottoscritto/a: Nome _____ Cognome _____
(Coordinatore/trice, Responsabile del Servizio o Suo/a Delegato/a)

Qualifica _____

DICHIARA

 di aver assistito di essere stato informato dall'interessato/a

dell'incidento avvenuto in data |__|__|____| alle ore _____

presso (indicare la Sede) _____

DATI DELL'INFORTUNATO/A E MODALITÀ DELL'INCIDENTE

Nome _____ Cognome _____

Data di nascita |__|__|____| Studente/ssa del CL in Ostetricia _____ anno di corso

Breve descrizione dell'accaduto (es. puntura accidentale dopo prelievo, durante eliminazione dell'ago;
schizzo da liquido amniotico, caduta...) _____

Sede della lesione (es. avambraccio destro) _____

Eventuale dispositivo responsabile della lesione (es. ago cannula) _____

Utilizzo di Dispositivi di Protezione (es. guanti, visor, ...) sì no non so non pertinenteLa manovra eseguita prevede procedure codificate? sì no non so non pertinente

Data __|__|____|

Firma dello/a Studente/ssa Infortunato/a _____

Timbro e Firma del/la Dichiarante _____

SCHEDA RILEVAZIONE DATI PER INFORTUNIO A RISCHIO BIOLOGICO

STUDENTE/SSA INFORTUNATO/A E PERSONA ASSISTITA FONTE

PARTE 1 - Dati Studente/ssa Infortunato/a

Cognome _____ Nome _____ Sesso M F

Servizio _____

Sede _____ Data infortunio _____

Firma dello/a Studente/ssa Infortunato/a per l'accettazione dei prelievi previsti dal Protocollo

Persona Assistita Fonte identificabile sì (compilare **PARTE 2**) no

PARTE 2 - Dati Persona Assistita Fonte (assicurare il massimo riserbo)

N° Codice Fiscale/Tessera Sanitaria _____

Ricoverata il _____ presso _____

Presentatosi c/o il Servizio/Ambulatorio di _____ sede _____

Quadro sierologico al momento dell'incidente
(Qualora mancassero alcuni degli accertamenti ematici, previo consenso informato, richiederli immediatamente)

Anti-HIV (URGENTE)	Anti-HCV (ROUTINE)	HBsAg (ROUTINE)	Transaminasi (da valutare caso per caso)
<input type="checkbox"/> negativo	<input type="checkbox"/> negativo	<input type="checkbox"/> negativo	<input type="checkbox"/> normali
<input type="checkbox"/> positivo	<input type="checkbox"/> positivo	<input type="checkbox"/> positivo	<input type="checkbox"/> aumentate
<input type="checkbox"/> richiesto	<input type="checkbox"/> richiesto	<input type="checkbox"/> richiesto	<input type="checkbox"/> richieste
<input type="checkbox"/> rifiutato			

Appartenenza a categorie a rischio per HIV no

tossico-dipendente partner di sospetto HIV+

politrasfuso (prima 1986) partner di soggetto HIV+

Data compilazione _____ Firma e timbro del/la Dichiarante _____