

REGISTRO DE ACCIDENTE FCARB/CPZ

IDENTIFICACION DEL FUNCIONARIO

Nombre				RUT	
Fecha de Nacimiento				Calidad Juridica	
Estamento				Antigüedad	
Cargo				Unidad	
Hora de Ingreso		Hora de Egreso		Horas Trabajadas	
Dirección					
Comuna					
Teléfono		Correo			
Puesto de trabajo actual					
Vacunación Hepatitis B	Dosis 1		Dosis 2		Dosis 3
Accidentes cortopunzantes previos	SI		NO		N° de accidentes previos

DATOS DEL ACCIDENTE

Fecha del accidente				Hora	
Objeto que lo Lesiono					
Tipo de Fluido					
Características del Fluido					
Ubicación de la lesión					

ANTECEDENTES DEL PACIENTE O FUENTE

Fuente conocida	SI	NO			
Nombre					
Edad			Servicio		
Paciente o fuente conocida	SI	NO			
Serología	Sin Serología		Serología (-)		
	VIH(+)		VHB	VHC	
Serología Solicitada	VIH	VHB	VHC	Ninguna	
Acepta toma de VIH	SI	NO	Fecha de la Solicitud		

NORMA DE PRECAUCION UNIVERSAL UTILIZACION DE EPP

Guantes			Tipo de guante	
Protección Facial o mascarilla			Mascarilla	
Dispositivo de Material Cortopunzante	SI	NO	Tipo de guante	

RELATO BREVE DE LO OCURRIDO