

**HISTORIA CLINICA**

1/11

El usuario de este documento es responsable de verificar la vigencia del mismo consultando en el índice de documentos en el sitio [www.magnamed.com.ar](http://www.magnamed.com.ar)

**PROGRAMA DE NOTIFICACIÓN Y ATENCIÓN DEL ACCIDENTE LABORAL  
CON RIESGO DE INFECCIÓN POR PATÓGENOS SANGUÍNEOS**

SINIESTRO N°

PERTENECIENTE A: \_\_\_\_\_

DIRECCION: \_\_\_\_\_

LOCALIDAD: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_

D.N.I./C.I.: \_\_\_\_\_ TE: \_\_\_\_\_

EMPLEADOR: \_\_\_\_\_

DIRECCION: \_\_\_\_\_

PARTIDO: \_\_\_\_\_

LOCALIDAD: \_\_\_\_\_

TELEFONO: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_

PROFESIONAL A CARGO: \_\_\_\_\_


**Etapas a cumplir a partir de la fecha de accidente**

Accidente		1 (45 días)		3 (6 meses)	
1º consulta		2 (3 meses)		4 (1 año)	

Revisión N° 0

Fecha: 06-03-03



	<b>Formulario específico N° FE 07- 10</b>	
<b>HISTORIA CLINICA</b>	3/11	
El usuario de este documento es responsable de verificar la vigencia del mismo consultando en el índice de documentos en el sitio <a href="http://www.magnamed.com.ar">www.magnamed.com.ar</a>		

**ORDEN DE LABORATORIO SEROLOGIAS**

El Sr. \_\_\_\_\_

**DEBERA CONCURRIR A:**

LABORATORIO: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

TELEFONO: \_\_\_\_\_

PARA REALIZAR LOS SIGUIENTES ESTUDIOS IMPRESCINDIBLES PARA CUMPLIR CON LA NORMA 18 / 2000 DEL MINISTERIO DE SALUD PUBLICA DE LA =ACIÓN.

Anti VIH, Anti VHC, Anti HBc (IgG), Anti HBs, Ag. HBs.

**ME NOTIFICO Y ACEPTO REALIZARME LOS ESTUDIOS DESCRIPTOS EN LAS FECHAS PRESCRIPTAS:**

Fecha: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_      Fecha: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_      Fecha: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Fecha: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_      Fecha: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_      Fecha: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

**BAJO MI EXCLUSIVA RESPONSABILIDAD DE CUMPLIR LAS CITAS, YA QUE ESTOS ESTUDIOS ESTÁN INDICADOS EN LAS RESOLUCIONES 19/98 Y 18/2000 DE NOTIFICACIÓN Y ASISTENCIA DEL ACCIDENTE LABORAL CON RIESGO DE CONTAGIO POR AGENTES PATÓGENOS.**


\_\_\_\_\_  
Firma:

\_\_\_\_\_  
Aclaración:

\_\_\_\_\_  
Doc. Ident.:Tipo: Número:

\_\_\_\_\_  
Fecha

Revisión N° 0		Fecha: 06-03-03
---------------	--	-----------------

 <b>magnamed</b> s.r.l.	<b>Formulario específico N° FE 07- 10</b>
<b>HISTORIA CLINICA</b>	4/11
El usuario de este documento es responsable de verificar la vigencia del mismo consultando en el índice de documentos en el sitio <a href="http://www.magnamed.com.ar">www.magnamed.com.ar</a>	

**ORDEN DE LABORATORIO PARA CONTROL DE TRATAMIENTO**

El Sr. \_\_\_\_\_

**DEBERA CONCURRIR A:**

LABORATORIO: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

TELEFONO: \_\_\_\_\_

PARA REALIZAR LOS SIGUIENTES ESTUDIOS IMPRESCINDIBLES PARA CUMPLIR CON LA NORMA 18 / 2000 DEL MINISTERIO DE SALUD PUBLICA DE LA NACIÓN.

HEMOGRAMA, TGO, TGP, Y CPK

**ME NOTIFICO Y ACEPTO REALIZARME LOS ESTUDIOS DESCRIPTOS EN LAS FECHAS PRESCRIPTAS:**

Fecha: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_      Fecha: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_      Fecha: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

**BAJO MI EXCLUSIVA RESPONSABILIDAD DE CUMPLIR LAS CITAS, YA QUE ESTOS ESTUDIOS ESTÁN INDICADOS EN LAS RESOLUCIONES 19/98 Y 18/2000 DE NOTIFICACIÓN Y ASISTENCIA DEL ACCIDENTE LABORAL CON RIESGO DE CONTAGIO POR AGENTES PATÓGENOS.**

\_\_\_\_\_  
Firma:

\_\_\_\_\_  
Aclaración:

\_\_\_\_\_  
Doc. Ident.:Tipo: Número:

\_\_\_\_\_  
Fecha

Revisión N° 0		Fecha: 06-03-03
---------------	--	-----------------

**HISTORIA CLINICA**

5/11

El usuario de este documento es responsable de verificar la vigencia del mismo consultando en el índice de documentos en el sitio [www.magnamed.com.ar](http://www.magnamed.com.ar)

**REGISTRO DE CONSULTAS**

FECHA	FIRMA	PROFESIONAL FIRMA SELLO
	ACLARACION	
	Nº DE DOCUMENTO	

FECHA	FIRMA	
	ACLARACION	
	Nº DE DOCUMENTO	

CANT.	MEDICAMENTO
	ZIDOVUDINA 300 mg más LAMIVUDINA 150 mg.
	INDINAVIR 400 mg
	GAMMAGLOBULINA HUMANA antihepatitis B 5 ml
	GAMMAGLOBULINA ANTITETANICA Y VACUNA ANTITETANICA INMUNO 500 UI
	VACUNA ANTIHEPATITIS B RECONBINANTE Frasco Ampolla por 1 ml

**RECIBI CONFORME**

FIRMA \_\_\_\_\_  
 ACLARACION \_\_\_\_\_  
 DNI/CI \_\_\_\_\_

FIRMA Y SELLO  
DEL PROFESIONAL

Revisión Nº 0		Fecha: 06-03-03
---------------	--	-----------------

**HISTORIA CLINICA**

6/11

El usuario de este documento es responsable de verificar la vigencia del mismo consultando en el índice de documentos en el sitio [www.magnamed.com.ar](http://www.magnamed.com.ar)

**FICHA DE NOTIFICACION OBLIGATORIA DEL ACCIDENTE LABORAL  
ANEXO A - RESOLUCION 19/98 y 19/2000**

**a) DE LA INSTITUCION**

Nombre \_\_\_\_\_

Servicio \_\_\_\_\_

1. Cantidad de Personal: Indicar Nº total en cada categoría)

Profesional \_\_\_\_\_ Técnico \_\_\_\_\_ Administrativo \_\_\_\_\_ Maestranza \_\_\_\_\_ Otros \_\_\_\_\_

2. Se dictó en su establecimiento algún curso de Prevención de Riesgos Biológicos para trabajadores de Salud? Si No (*tachar lo que no corresponda*)

3. Si la respuesta es Si Existe en la institución un programa de evaluación y control del cumplimiento de las mismas? Si No (*tachar lo que no corresponda*)

4. Dispone su institución de medicamentos para uso profiláctico en caso de accidentes?  
Si No (*tachar lo que no corresponda*)

5. Indique el Nº total de accidente en los últimos doce meses: \_\_\_\_\_ casos.

**b) DEL ACCIDENTADO**

Nombre y Apellido \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ años

Ocupación \_\_\_\_\_ Antigüedad en ella: \_\_\_\_\_

EVALUACION DEL ACCIDENTE			
Area de trabajo			
Fecha y hora del accidente			
Descripción del accidente			
Forma del accidente (caída, caída de objetos, contacto con...)			
Exposición a...			
Naturaleza de la lesión (punción, corte, fractura, etc.)			
Zona afectada (dedo, mano, pierna, brazo, etc.)			
Otro (especificar)			
Integró parte de un accidente mayor?		Si	No

Revisión Nº 0	Fecha: 06-03-03
---------------	-----------------

**HISTORIA CLINICA**

7/11

El usuario de este documento es responsable de verificar la vigencia del mismo consultando en el índice de documentos en el sitio [www.magnamed.com.ar](http://www.magnamed.com.ar)

**LUGAR DONDE OCURRIO EL ACCIDENTE**

Quirófano	Laboratorio
Sala de internación	Lavadero
Otro (especificar)	

**ANTECEDENTES**

Recibió transfusión de sangre?	Si		No		cuando	
Cirugías previas	Si		No		cuando	
Consumió drogas por vía EV	Si		No		cuando	
Tuvo otros accidentes con riesgo de infección	Si		No		cuando	
Tuvo hepatitis	Si	No	N/C	Cual?		cuando
Recibió vacunación anti hepatitis	Si		No		N/C	
	cuando?	cuántas dosis?			hizo anti-HBs	

**EXAMEN DE LABORATORIO TIEMPO «0»**

TGP		TGO		CPK
Anti HCV		Anti HBc		HnsAg.
AntiHBs (si está vacunado)				Anti HIV

**PROFILAXIS**

Gamaglobulina HB	No	Si	Dosis
Vacuna HBV			
Quimioprofilaxis HIV	No		Si

**DESCRIBIR MEDICAMENTOS**

--

Revisión N° 0	Fecha: 06-03-03
---------------	-----------------

**HISTORIA CLINICA**

8/11

El usuario de este documento es responsable de verificar la vigencia del mismo consultando en el índice de documentos en el sitio [www.magnamed.com.ar](http://www.magnamed.com.ar)

**C) DEL PACIENTE FUENTE**

Código• \_\_\_\_\_ H. Clínica \_\_\_\_\_

• *Inicial de Nombre y apellido y fecha de nacimiento*

Enfermedad actual \_\_\_\_\_

Servicio donde está internado \_\_\_\_\_

**Tiene antecedentes de**

Hepatitis        Si        No        N/C

HIV                Si        No        N/C

Cirugías         Si        No

Transfusiones   Si        No

Fecha (m/a)

- /

- /

- /

**Serologías**

- Anti HBc

- Hbs Ag

- Anti HCV

- AntiHIV

Firma autorizada \_\_\_\_\_

Lugar y fecha \_\_\_\_\_

Revisión N° 0

Fecha: 06-03-03

**HISTORIA CLINICA**

9/11

El usuario de este documento es responsable de verificar la vigencia del mismo consultando en el índice de documentos en el sitio [www.magnamed.com.ar](http://www.magnamed.com.ar)

**NO CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL**

Yo, ..... N° de matrícula ..... , ... ficha municipal o legajo: ..... declaro haber sido ampliamente informado por el Dr./a.: ..... , sobre las características y riesgos del accidente que he sufrido el día ..... a las: horas. En tal sentido he entendido y comprendido que de acuerdo a las circunstancias del accidente: relatar objetivamente tipo y características del accidente: tipo de herida, exposición percutánea, contacto con membranas, piel, etc., tipo de instrumental, presencia de sangre visible o no, maniobra, sector, testigos, etc. Y en lo posible datos del paciente fuente: infecciones virales, estado clínico, presencia de resistencia a antirretrovirales, etc., se ha categorizado al mismo como de riesgo para la transmisión de infección por patógenos.

A su vez se me informó que existe un tratamiento preventivo para la transmisión del VIH en esta clase de accidente, consistente en la toma de una combinación de medicamentos antirretrovirales durante cuatro semanas.

Para el tipo de accidentes que he sufrido se recomienda la profilaxis posterior al accidente (PPA) que, de acuerdo a estudios realizados por el Centro de Control de Enfermedades de Atlanta (USA) se ha establecido que la PPA con Zidovudina sola disminuye en un 79% la posibilidad de seroconversión por VIH luego de exposición percutánea a sangre infectada.

Para los pacientes infectados por VIH la terapia combinada con drogas como las que se me recomiendan para la PPA, ha demostrado que tiene mayor eficacia antirretroviral y que, inclusive, es útil para virus resistentes a la Zidovudina.

Se me ha informado y lo he comprendido que la PPA que se me recomienda, de acuerdo a estudios realizados en animales, debe ser administrada rápidamente luego del accidente porque aumenta su eficacia preferentemente antes de las 24 horas luego de la exposición.

Por otra parte se me ha informado que los riesgos, toxicidad, efectos adversos y colaterales de las drogas antirretrovirales que conforman la PPA no están evaluados de personas no infectadas por VIH, ni en el primer trimestre del embarazo.

Por todo lo expuesto, habiendo evaluado y comprendido la información que he recibido, teniendo en cuenta los posibles beneficios y los potenciales riesgos detalladas más arriba y de acuerdo a las características de riesgo incrementado del accidente que he sufrido, manifiesto en forma libre e informada **NO ACEPTAR EL TRATAMIENTO** que me recomienda el/la Dr/a.: .....

Asimismo declaro en forma libre y voluntaria, que he sido ampliamente informado/a por el Dr./a ..... sobre la necesidad de someterme en este momento a una prueba diagnóstica para la detección del virus VIH, a partir del estudio de la presencia de anticuerpos para dicho virus, mediante la técnica de ELISA o similar.

También se me informó que el seguimiento para determinar o no la posibilidad de transmisión del VIH por el accidente que he sufrido deberá realizarse, además de este estudio inicial (base) con otros estudios similares dentro de los 45 días, 3, 6 y 12 meses.

A su vez se me ha asegurado la confidencialidad de los resultados, como así también el debido asesoramiento y asistencia médica, en el caso de estar infectado por el VIH.

Por todo lo expuesto consiento expresamente a que se me efectúe dicha prueba diagnóstica el día de la fecha a las ..... hs. En el caso que fuesen positivos los primeros resultados que sean necesarias para la confirmación definitiva.

Firma ..... Aclaración .....

Doc. Identidad/Tipo/N° ..... Fecha .....

Revisión N° 0	Fecha: 06-03-03
---------------	-----------------

El usuario de este documento es responsable de verificar la vigencia del mismo consultando en el índice de documentos en el sitio [www.magnamed.com.ar](http://www.magnamed.com.ar)

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN PROFILAXIS POSTERIOR A ACCIDENTE (PPA EN ACCIDENTE DE RIESGO). Normas 19/98 y 18/2000 Ministerio de Salud Pública**

YO, (Nombre, Apellido) \_\_\_\_\_, matricula \_\_\_\_\_, ficha municipal o legajo) \_\_\_\_\_ Documento de Identidad: (Tipo) \_\_\_\_\_ declaro haber sido ampliamente informado por el Dr./a.: \_\_\_\_\_ sobre las características y riesgos del accidente que he sufrido el día \_\_\_\_\_ a las \_\_\_\_\_ hs. En tal sentido he entendido y comprendido que de acuerdo a las circunstancias del accidente (relatar objetivamente tipo y características del accidente: tipo de herida (exposición percutánea, contacto con membranas, piel, etc.) tipo de instrumental, presencia de sangre visible o no, maniobra, sector, testigos, etc \_\_\_\_\_ y en lo posible datos del paciente fuente: (infecciones virales, estado clínico, presencia de resistencia a antivirales, etc.) \_\_\_\_\_ se ha categorizado al mismo como de riesgo para la transmisión de infección por patógenos.

A su vez se me informó que existe un tratamiento preventivo para la transmisión del HIV en esta clase de accidentes consistente en la toma de una combinación de medicamentos antirretrovirales durante cuatro semanas. Se denomina PPA (Profilaxis Posterior al Accidente).

La profilaxis posterior al accidente se recomienda para el tipo de accidentes que he sufrido y de acuerdo a estudios realizados por el Centro de Control de Enfermedades de Atlanta (USA) se ha establecido que la PPA con zidovudina sola disminuye en un 79% la posibilidad de seroconversión del HIV luego de exposición percutánea a sangre infectada.

Para los pacientes infectados por HIV la terapia combinada con drogas, como a las que se recomienda para la PPA, ha demostrado que tiene mayor eficacia antirretroviral y que, inclusive, es útil para virus resistentes a la zidovudina.

Se me ha informado y lo he comprendido que la PPA que se me recomienda, de acuerdo a estudios realizados en animales, debe ser administrada rápidamente luego del accidente porque aumenta su eficacia, preferentemente dentro de las 24 horas luego de la exposición.


Los riesgos, toxicidad, efectos adversos y colaterales de las drogas antirretrovirales que conforman la PPA no están evaluados en personas no infectadas por HIV, ni en el primer trimestre de embarazo. La información con que se cuenta está referida a la aplicación de esas drogas antirretrovirales para personas infectadas por HIV y sus complicaciones están referidas a la aparición de:

**a) Para Zidovudina:** los principales efectos adversos son anemia y disminución parcial de defensas (granulocitopenia). Otros efectos secundarios con cefalea (42%), náusea (46%), dolor abdominal (20%), sensación de cansancio (astenia 19%) erupción transitoria en la piel (rush cutáneo 17%), diarrea (12%), disminución o pérdida del apetito (anorexia 11%). Sólo entre un 6 y 8% se han presentado mareos, somnolencia, malestar general, dolores en nervios (neuralgia) y vómitos. En menos de un 5% de los casos se puede presentar insomnio, trastornos digestivos (dispepsia), sudoración, alteración en el gusto (disgeusia), tos, hemorragia nasal (epistaxis), acné, urticaria, confusión, molestia a la luz (fotofobia), visión doble (ambliopia), excesiva cantidad de orina (poliuria) y/o dolor al orinar (disuria).

**b) Para los inhibidores de la proteasa:** la mayoría de los efectos secundarios son de intensidad leve y consisten en diarrea, molestias abdominales y náuseas.

**c) En combinación con ZDV y DDC:** se puede presentar aumento de sudoración, sensación de hormigueo en extremidades (parestias), confusión, problemas visuales, insomnio, disminución de la capacidad de concentración, irritabilidad. Es más frecuente también estados de euforia, trastornos digestivos (dispepsia) mucositis, estreñimiento, eructos, inflamación de la lengua (glositis), inflamación de la laringe (laringitis), dificultad para respirar (apnea), fiebre, trastornos del apetito, decaimiento y debilitamiento general (síndrome consuntivo) y alteraciones del gusto.

Revisión N° 0	Fecha: 06-03-03
---------------	-----------------

 <b>magnamed</b> s.r.l.	<b>Formulario específico N° FE 07- 10</b>
<b>HISTORIA CLINICA</b>	11/11
El usuario de este documento es responsable de verificar la vigencia del mismo consultando en el índice de documentos en el sitio <a href="http://www.magnamed.com.ar">www.magnamed.com.ar</a>	

**d) Para Zalcitabina:** Los efectos más comunes (17 a 31%) son hormigueo, enrojecimiento, entumecimiento, dolor en las manos, brazos, pies y piernas. Los efectos menos comunes son fiebre, dolor en articulaciones, dolor muscular, erupciones transitorias, en la piel (rush cutáneo), úlceras en boca y garganta, diarrea, dolor de cabeza; los efectos más raros son fiebre y dolor de garganta, náuseas y vómitos, dolor de estómago (severo) ictericia de ojos y piel, dolor de cabeza y diarrea.

**e) Para Didanosina:** los efectos adversos más comunes son pancreatitis, entumecimiento y hormigueo en manos, brazos, pies y perinas, diarrea, náuseas, vómitos. Con menor frecuencia escalofrío, fiebre, cefalea, dolor, dolor abdominal, erupción cutánea, prurito, decaimientos, crisis, convulsiones, neumonía, infecciones, confusión e insomnio, depresión del sistema nervioso central, estreñimiento, estomatitis, mialgia, artritis, trastornos del gusto, sequedad de la boca, alopecia y mareo, raras veces insuficiencia hepática.

**f) Para Stavudina:** los efectos secundarios más comunes son: entumecimiento y hormigueo en manos, brazos, pies y piernas, cefalea, escalofríos, fiebre, decaimiento, falta de fuerzas, diarrea, náusea, vómito, mialgia, insomnio, erupción cutánea. Menos frecuentes pueden ser: dolor de espalda, dolor abdominal, malestar, reacción alérgica, síndrome gripal, dolor pélvico, neoplasmas, dolor en el pecho, vasodilatación, hipertensión, falta de apetito, dispepsia, estreñimiento, linfadenopatía, pérdida del peso, artralgia, ansiedad, depresión, nerviosismo, mareos, confusión, migraña, temblores, trastorno vesicular periférico, síncope, disuria, dismenorrea, vaginitis.

**g) Para Lamivudina:** los efectos adversos más frecuentes son: cefalea, fatiga, náusea, diarrea, neutropenia. Menos frecuente son: fiebre o escalofríos, náuseas y vómito, pérdida del apetito, dolor abdominal, entumecimiento y hormigueo en manos, brazos, piernas y pies, anemia, mialgia, artralgia, dolor esqueleto muscular, erupción cutánea.

Por todo lo expuesto, habiendo evaluado y comprendido la información que he recibido, teniendo en cuenta los posibles beneficios (más del 79% de posibilidades de evitar la transmisión del HIV) y los potenciales riesgos detallados más arriba y de acuerdo a las características del accidente que he sufrido, manifiesto en forma libre e informada **ACEPTAR EL TRATAMIENTO que me recomienda el Dr./a:** \_\_\_\_\_

**a partir de este momento (indicar día y hora) \_\_\_\_\_ y durante las próximas cuatro semanas.**

Se me ha explicado además la posibilidad de evaluar, si existiera, el grado de toxicidad de la PPA que se me recomienda, por lo cual acepto expresamente a realizar en este momento y luego de las próximas cuatro semanas un conteo completo de sangre y un control de la función renal y hepática, para adoptar las medidas apropiadas en caso de evidenciar signos subjetivos u objetivos de toxicidad.

También declaro en forma libre y voluntaria, que he sido ampliamente informado/a por el Dr./a \_\_\_\_\_, sobre la necesidad de someterme en este momento a una prueba diagnóstica para la dirección indirecta del virus HIV, a partir del estudio de la presencia de anticuerpos para dicho virus mediante la técnica ELISA o similar.

También se me informó que el seguimiento para determinar o no la probabilidad de transmisión del HIV por el accidente que he sufrido deberá realizarse, ambas de este estudio inicial (base) con otros estudios similares en los próximos 45 días, 3, 9 y 12 meses.

A su vez se me ha asegurado la confidencialidad de los resultados como así también el debido asesoramiento y asistencia médica, en el caso de estar infectado por el HIV.

Por todo lo expuesto **CONSENTO EXPRESAMENTE** a que se me efectúe dicha prueba diagnóstica en el día de la fecha (indicar hora) \_\_\_\_\_ en el caso que fuesen positivos los primeros resultados, las que sean necesarias para la confirmación definitiva.

**ATENCION:** En caso de estar embarazada o duda de estarlo, debo conocer que no existen reglas claras y estudios objetivos que sean completamente informativos sobre el beneficio de tomar los medicamentos para cubrir el riesgo de contagio y los eventuales y desconocidos efectos sobre la gestación, especialmente durante el primer trimestre. Es una decisión exclusivamente mía teniendo en cuenta lo expuesto arriba y a pesar de tener la posibilidad de consultar a un profesional entrenado. Los medicamentos se excretan por leche materna, debiendo suspender la lactancia mientras se ingieren los medicamentos.

Recibo la citación para la concurrencia al especialista que luego de un estudio más profundo del caso decidirá si mantiene este tratamiento, lo disminuye o suspende.

_____ Firma del accidentado	_____ Firma profesional y/o autoridad interviniente
Revisión N° 0	Fecha: 06-03-03