

FLUXOGRAMA

DE ATENDIMENTO

A ACIDENTE

DE TRABALHO



Introdução – Fluxo AT

Com o objetivo de adotar medidas de cuidado e segurança à saúde de médicos, clientes e colaboradores, a Gestão de Saúde Ocupacional da Unimed-BH desenvolveu este guia de orientação que descreve o fluxo adequado de atendimento aos casos de acidentes de trabalho.

De acordo com o Art. 131, Decreto de Lei 2171 de 05/03/97, da Previdência Social, Acidente de Trabalho é aquele que ocorre pelo exercício do trabalho a serviço da empresa, (...), provocando lesão corporal ou perturbação funcional que cause a morte, a perda ou redução, temporária ou permanente, da capacidade para o trabalho.

Todos os acidentes de trabalho deverão ser comunicados ao SESMT de sua Unidade, ou à equipe técnica localizada na casa verde (Rua Maranhão, 593), para que seja realizada a verificação criteriosa do acidente ocorrido. Dessa forma, são adotadas ações para eliminar possíveis causas e evitar a ocorrência de novos acidentes.

Contamos com o seu apoio para conhecer e seguir este fluxograma de orientação relativo ao atendimento a casos de acidente de trabalho.

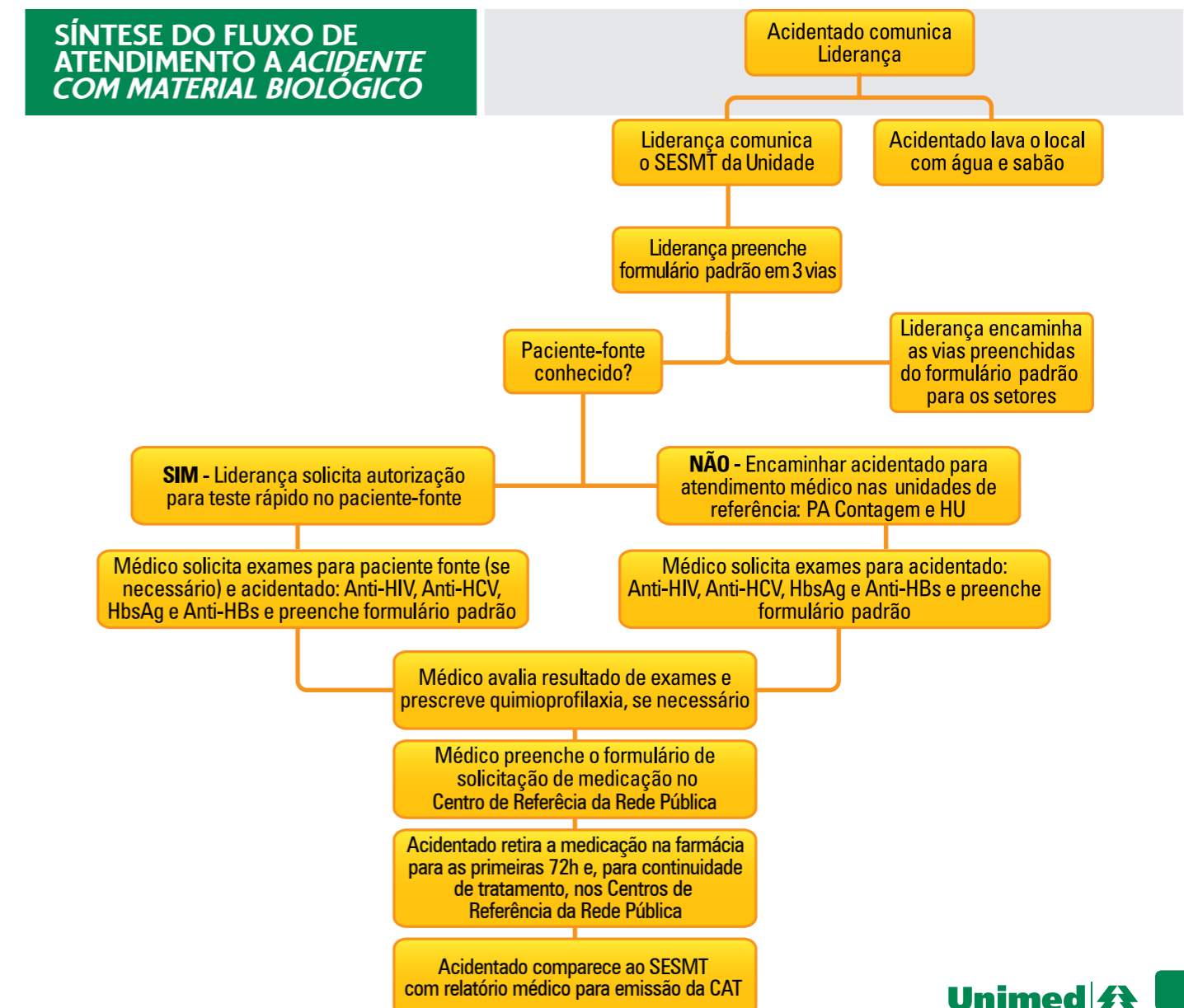
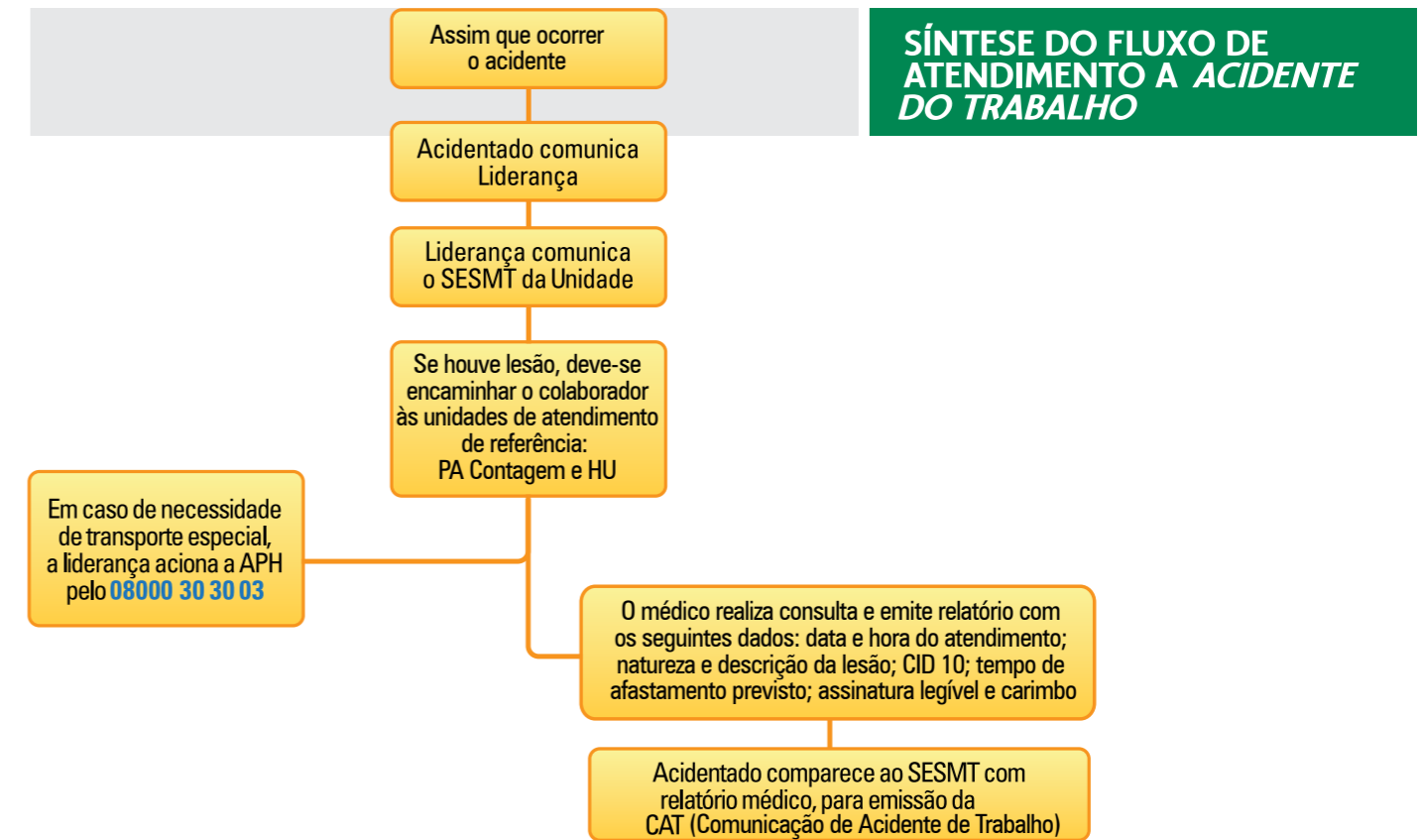
Uma equipe bem orientada é uma equipe segura!

Gestão de Saúde Ocupacional (GSOC)

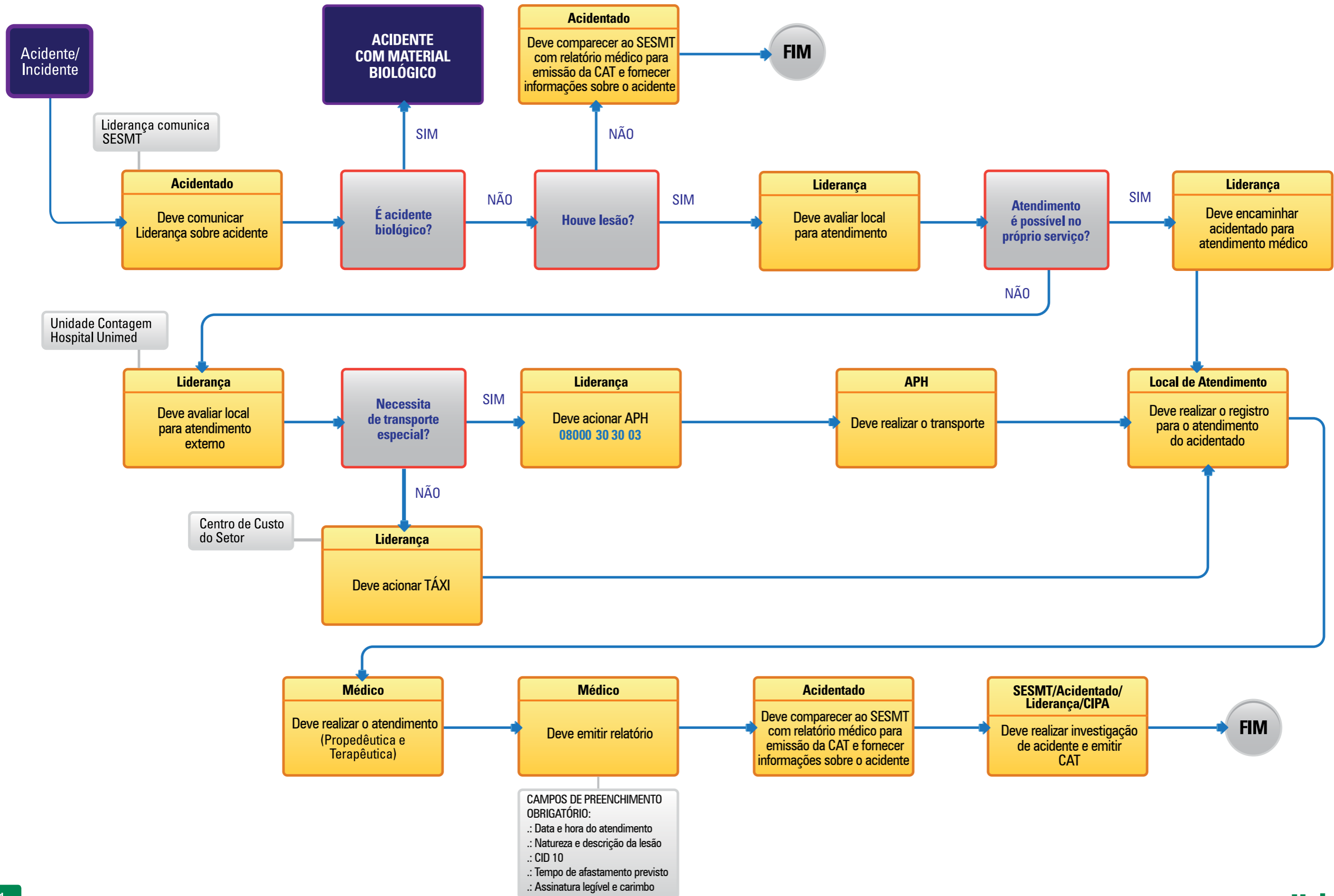
Superintendência de Serviços Próprios

Índice

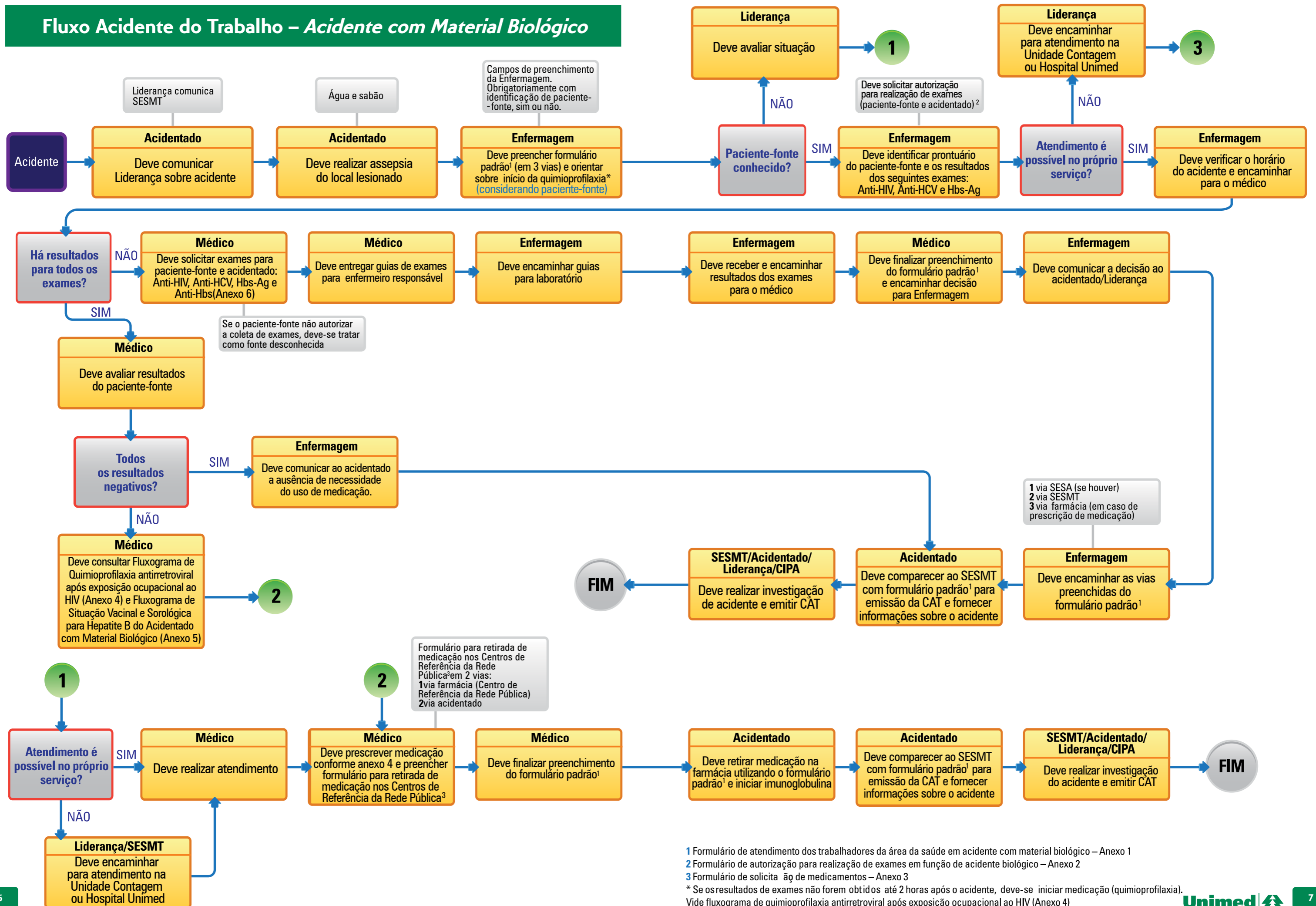
Síntese	03
Fluxo Acidente do Trabalho - Geral	04
Fluxo Acidente do Trabalho - Acidente com Material Biológico	06
Fluxo Acidente do Trabalho - Acidente com Material Biológico em Trabalho Externo ao Local de Atendimento	08
Anexo I - (Ficha de atendimento - Acidente com Material Biológico).....	10
Anexo II - (Autorização para Realização de Exames)	11
Anexo III - (Formulário Solicitação de Medicamentos).....	12
Anexo IV - (Fluxo Profilaxia Antirretroviral)	13
Anexo V - (Vacina e Sorologia - Hepatite B)	14
Anexos VI e VII (Exames Material Biológico e Relatório Médico)	15



Fluxo Acidente do Trabalho



Fluxo Acidente do Trabalho – Acidente com Material Biológico



1 Formulário de atendimento dos trabalhadores da área da saúde em acidente com material biológico – Anexo 1

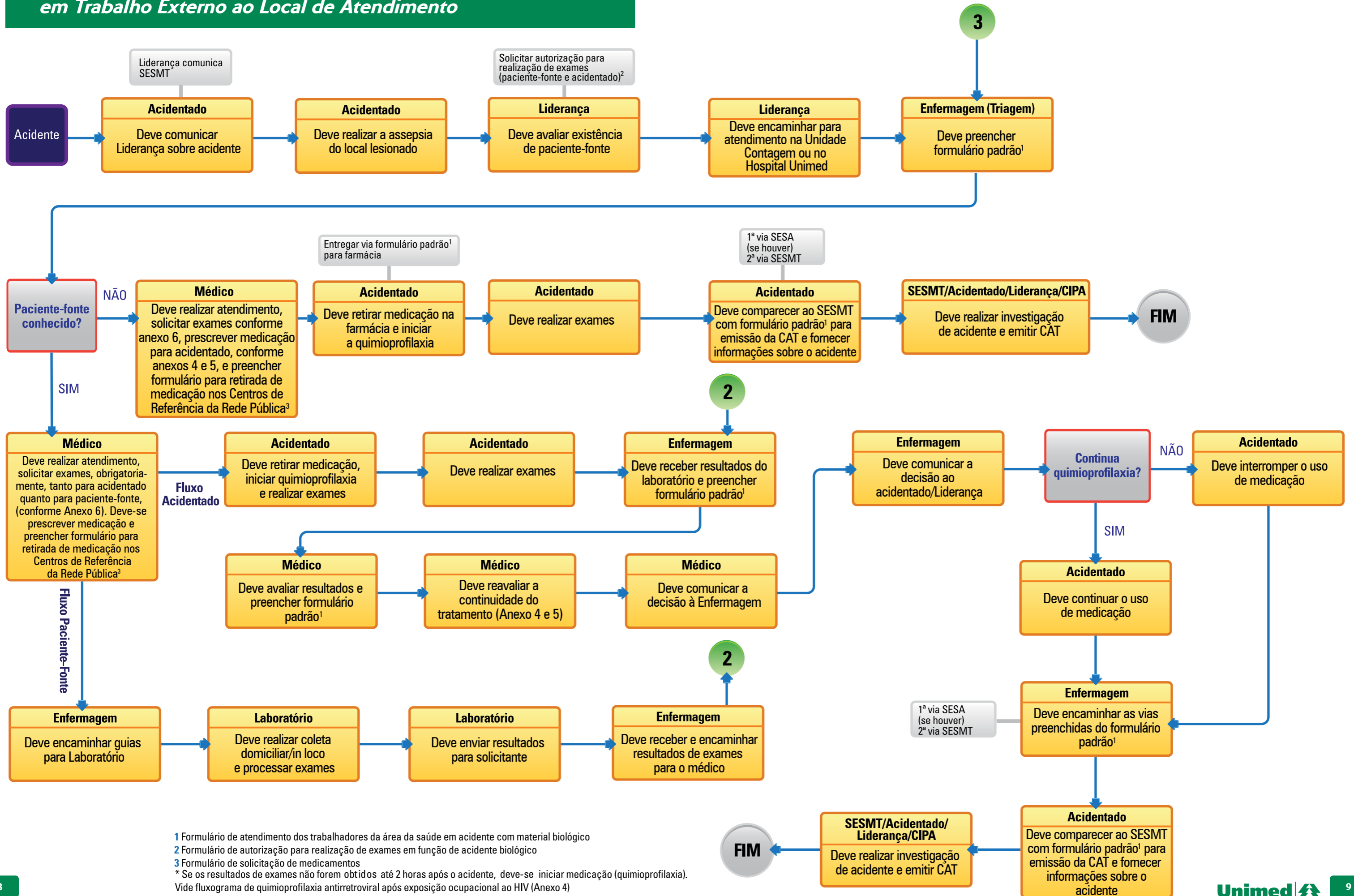
2 Formulário de autorização para realização de exames em função de acidente biológico – Anexo 2

3 Formulário de solicitação de medicamentos – Anexo 3

* Se os resultados de exames não forem obtidos até 2 horas após o acidente, deve-se iniciar medicação (quimioprofilaxia).

Vide fluxograma de quimioprofilaxia antirretroviral após exposição ocupacional ao HIV (Anexo 4)

Fluxo Acidente do Trabalho – Acidente com Material Biológico em Trabalho Externo ao Local de Atendimento




**ATENDIMENTO AOS TRABALHADORES DA ÁREA DE SAÚDE
ACIDENTADOS COM MATERIAL BIOLÓGICO**

1ª Via: SESMT

2ª Via: SESA

3ª Via: Farmácia (em caso de prescrição de medicação)

PREENCHIMENTO DA ENFERMAGEM
1 – Avaliação do acidentado:

Nome: _____ Matrícula: _____

Data de nascimento: ____/____/____ Local de trabalho/turno: _____

Profissão: () Técnico de enfermagem () Enfermeiro () Médico
() Higienização/Limpeza () Laboratório () Outros
2 – Data do atendimento: _____ Horário do atendimento médico: _____

Horário do acidente: _____ Após quantas horas de trabalho: _____

3- Tipo de acidente: () perfurocortante () aspersão **4- Local:** () MSE () MSD () Outro _____

5- Caracterização do acidente: () scalp () agulha de medicação () tesoura () bisturi
() jelco () vidraria de laboratório () outros _____

6- Momento do acidente (descrever o acidente): após punção venosa, durante descarte, etc.:

6.1- Usava EPI: () sim () não () não se aplica

7- Agulha com sangue visível: () sim () não **8- Tamanho da agulha ou dispositivo:** _____

9- Paciente-fonte conhecido: () sim () não **10- Internado?** () sim () não **Contato:** _____

11- Nome paciente-fonte: _____ **Reg:** _____

12- Número da carteira do convênio do paciente: _____

13- História vacinal do acidentado contra Hepatite B:

() nenhuma dose () 1 dose () 2 doses () 3 doses () desconhece a dosagem da vacina

14- Exames realizados com código de autorização: _____

PREENCHIMENTO DO MÉDICO
1- Descrição e Natureza da Lesão: _____

2- Diagnóstico provável: _____ **CID10:** _____

3- Haverá afastamento do serviço? () sim () não

4- Situação do paciente-fonte em relação a Hepatite B: () Hbs Ag negativo () Hbs Ag positivo () Sem informação

5- Situação do paciente em relação a Hepatite C: () HCV negativo () HCV positivo () Sem informação

6- Situação do paciente em relação a HIV: () HIV negativo () HIV positivo () Sem informação

7- Antirretroviral recomendado (Biovir): () Sim () Não

8- Outras recomendações: () Imunoglobulina hiperimune para Hepatite B () Dose de vacina contra Hepatite B

9 - Exames realizados, no acidentado, com código de autorização: _____

Solicito ao funcionário _____ do setor _____

a adquirir na farmácia 6 comprimidos individualizados de BIOVIR para a profilaxia de HIV. Ingerir 1 comprimido VO a cada 12 horas.

Nome e carimbo do enfermeiro

Nome e carimbo do médico


**AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE EXAMES
EM FUNÇÃO DE ACIDENTE BIOLÓGICO**

Eu, _____,
portador da identidade, _____, carteira de convênio nº _____,
declaro estar ciente sobre a necessidade da realização de exames para detecção de
possível infecção do Vírus da AIDS, Hepatite B e Hepatite C, devido à ocorrência de acidente de
trabalho perfucortante com funcionário da Unimed BH, conforme orientação da Enfermagem.

Estou ciente de que os exames serão integralmente assumidos pela Unimed BH, independente do tipo de
plano contratado.

 Assinatura do paciente/familiar responsável

Belo Horizonte, _____ / _____ / _____

 SESMT
 Unimed-BH

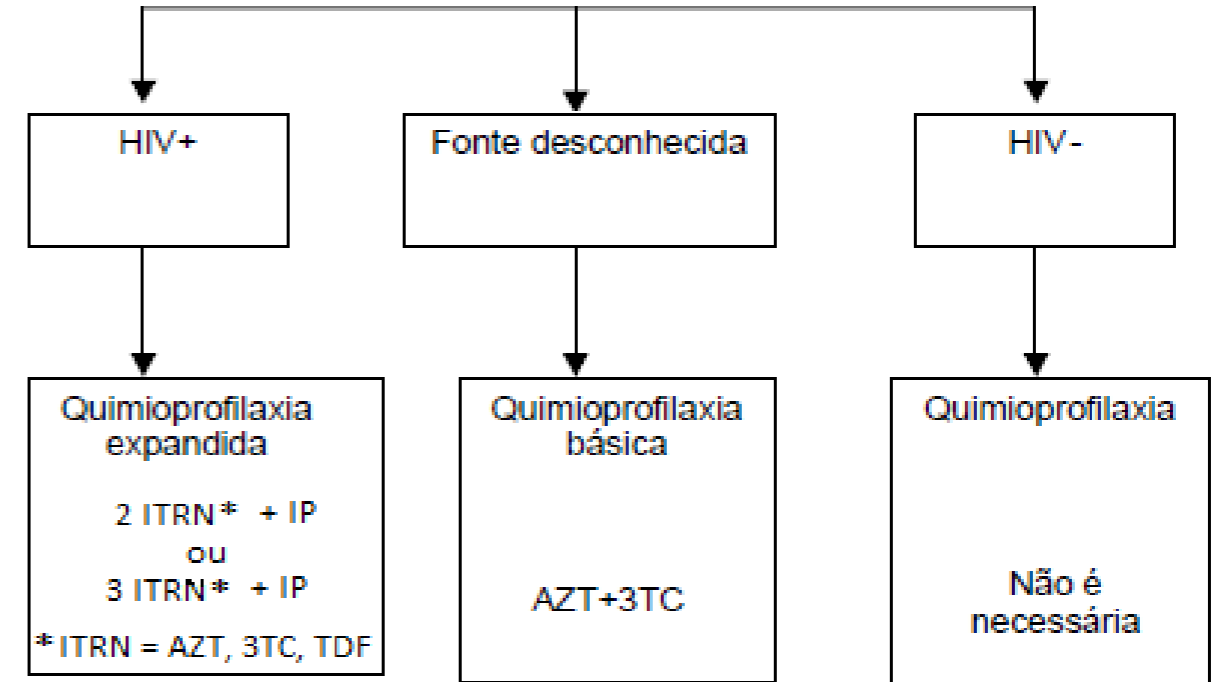
**FORMULÁRIO SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS
AOS CENTROS DE REFERÊNCIA DA REDE PÚBLICA**

Formulário de Solicitação de Medicamentos

Nº de Prontuário		Peso () 60 kilos ou + () - de 60 kilos		Número de dias para dispensa de exposição		Este formulário vale para: <input type="checkbox"/> 1 dispensa <input type="checkbox"/> 2 dispensas	
Categoria do Usuário <input type="checkbox"/> Gestante HIV + <input type="checkbox"/> Recém-nascido de mãe HIV+ <input type="checkbox"/> Parturiente <input type="checkbox"/> Aids – Adulto <input type="checkbox"/> Aids – Criança		Exposição <input type="checkbox"/> Ocupacional <input type="checkbox"/> Violência Sexual <input type="checkbox"/> Casais Sorodiscordantes <input type="checkbox"/> Comp. de seringa <input type="checkbox"/> Outros: _____		Motivo para mudança no tratamento antirretroviral (TARV) <input type="checkbox"/> Falha terapêutica clínica <input type="checkbox"/> Falha terapêutica laboratorial <input type="checkbox"/> Gestação (contra-indicação do esquema ARV em uso) <input type="checkbox"/> Reação(ões) adversa(s) a (os) ARV: sigla(s) do(s) medicamento(s) _____ <input type="checkbox"/> Outro – especificar: _____			
Semanas de gestação		Genotipagem: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim		Início de Tratamento? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim		Justificativa para dispensação de quantitativo para mais de 1 mês (no caso do paciente se ausentar por mais de um mês) – 2 meses ou 3 meses <input type="radio"/> 60 dias <input type="radio"/> 90 dias <input type="checkbox"/> Férias <input type="checkbox"/> Ausentar-se a trabalho <input type="checkbox"/> Outra – especificar _____ Obs: Conforme disponibilidade de estoque da farmácia.	
Data de Nascimento da Parturiente/Mãe do RN/Exposto		Data da exposição		Nome do usuário (No caso de Recém-Nascido informe o nome da mãe)			
Retirou o medicamento?		Medicamentos (Preencher no quadrículo a QUANTIDADE de comp/caps/mL que deve ser usada diariamente)					
1ª Disp.	2ª Disp.						
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Abacavir - ABC	<input type="checkbox"/>	comp. de 300mg /dia	<input type="checkbox"/>	mL de sol. oral 20mg/mL /dia	
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Amprenavir - APV	<input type="checkbox"/>	caps. de 150 mg /dia	<input type="checkbox"/>	mL de sol. oral 15mg/mL /dia	
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Atazanavir - ATV	<input type="checkbox"/>	caps. de 200mg /dia	<input type="checkbox"/>	caps. de 150mg /dia	
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Darunavir - DRV	<input type="checkbox"/>	comp. de 300mg /dia			
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Didanosina - ddl	<input type="checkbox"/>	comp. de 100mg /dia	<input type="checkbox"/>	mL de sol. oral de 10mg/mL/dia	<input type="checkbox"/> caps. de 400mg /dia
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/>	comp. de 25 mg /dia	<input type="checkbox"/>	caps. de 250mg /dia	
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Efavirenz - EFZ	<input type="checkbox"/>	comp. de 600 mg /dia	<input type="checkbox"/>	mL de sol. oral 30 mg/mL /dia	<input type="checkbox"/> caps. de 200 mg /dia
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Enfuvirtida - T-20	<input type="checkbox"/>	frascos-amp. de 90 mg/mL/dia			
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Estavudina - d4T	<input type="checkbox"/>	caps. de 40mg /dia	<input type="checkbox"/>	mL de sol. oral 1mg/mL /dia	<input type="checkbox"/> caps. de 30 mg /dia
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Fosamprenavir - FPV	<input type="checkbox"/>	comp. de 700mg/dia			
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Indinavir - IDV	<input type="checkbox"/>	caps. de 400 mg /dia			
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Lamivudina - 3TC	<input type="checkbox"/>	comp. de 150mg /dia	<input type="checkbox"/>	mL de sol. oral 10mg/mL/dia	
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Lopinavir + ritonavir - LPV/r	<input type="checkbox"/>	caps. de 133,3mg + 33,3mg /dia	<input type="checkbox"/>	mL de sol. oral 80mg/mL + 20mg/mL /dia	<input type="checkbox"/> Comp. de 200mg + 50 mg/dia
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Nevirapina - NVP	<input type="checkbox"/>	comp. de 200mg /dia	<input type="checkbox"/>	mL de suspensão oral 10mg/mL /dia	
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Ritonavir - RTV	<input type="checkbox"/>	caps. de 100mg /dia	<input type="checkbox"/>	mL de sol. oral 80mg/mL /dia	
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Saquinavir - SQV	<input type="checkbox"/>	caps. MOLE de 200mg /dia			
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Tenofovir - TDF	<input type="checkbox"/>	comp. de 300 mg / dia			
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Zidovudina+Lamivudina - AZT + 3TC	<input type="checkbox"/>	comp. de 300mg +150mg / dia			
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Zidovudina - AZT	<input type="checkbox"/>	caps. de 100mg / dia	<input type="checkbox"/>	mL de sol. oral 10mg/ml /dia	<input type="checkbox"/> Solução injetável 10mg/ml /dia
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Talidomida - Tal	<input type="checkbox"/>	comp. de 100 mg /dia			
Para uso da farmácia							
Médico Data: / / CRM: _____ <i>(carimbo e assinatura)</i>		Farmacêutico responsável Data: / / CRF: _____ <i>(carimbo e assinatura)</i>		1ª dispensa - Recebi em: / / <i>(assinatura do usuário)</i>			
				2ª dispensa - Recebi em: / / <i>(assinatura do usuário)</i>			

Formulário de preenchimento obrigatório conforme Art. 54 da Port. 344, de 12 de maio de 1998, ANVISA / MS, publicada no D.O.U de 19 de maio de 1998.

FLUXO PROFILAXIA ANTIRRETROVIRAL



SITUAÇÃO VACINAL E SOROLÓGICA PARA A HEPATITE B DO ACIDENTADO COM MATERIAL BIOLÓGICO

	Paciente-fonte		
	HBsAg positivo	HBsAg negativo	HBsAg desconhecido ou não testado ¹
Profissional de saúde exposto Não vacinado ou vacinado de forma incompleta Previamente vacinado	HBIG* + iniciar ou completar vacinação	Iniciar ou completar vacinação	HBsAg desconhecido ou não testado ¹ Iniciar ou completar vacinação
Com resposta vacinal conhecida e adequada ²	Nenhuma medida específica	Nenhuma medida específica	Nenhuma medida específica
Sem resposta vacinal após série de 3 doses	HBIG* + 1 dose da vacina contra hepatite B 2	Realizar novo esquema de vacinação com 3 doses	Se fonte de alto risco ³ , tratar como se fonte HBsAg positivo
Sem resposta vacinal após série de 6 doses	2 doses da HBIG com intervalo de 1 mês	Nenhuma medida específica	Se fonte de alto risco ⁴ , tratar como se fonte HBsAg positivo
Resposta vacinal desconhecida	Testar o profissional de saúde Se resposta vacinal adequada: nenhuma medida específica	Nenhuma medida específica	Testar o profissional de saúde Se resposta vacinal adequada = nenhuma medida específica
	Se resposta vacinal inadequada: HBIG + 1 dose da vacina		Se resposta vacinal inadequada: HBIG + 1 dose da vacina

(¹) Profissionais que já tiveram Hepatite B estão imunes à reinfecção e não necessitam de profilaxia pós-exposição. Tanto a vacina quanto a imunoglobulina devem ser aplicadas dentro do período de 7 dias após o acidente, mas, idealmente, nas primeiras 24 horas após o acidente. Recentemente, dados provenientes de estudos de transmissão mãe-filho mostram que a vacinação contra Hepatite B nas primeiras 12 horas após o nascimento confere proteção equivalente à obtida com a aplicação conjunta de vacina e imunoglobulina humana contra Hepatite B.

1- Uso associado de imunoglobulina hiperimune está indicado se o paciente-fonte tiver alto risco para infecção pelo HBV como: usuários de drogas injetáveis, pacientes em programas de diálise, contactantes domiciliares e sexuais de portadores de HBsAg positivo, homens que fazem sexo com homens, heterossexuais com vários parceiros e relações sexuais desprotegidas, história prévia de doenças sexualmente transmissíveis, pacientes provenientes de áreas geográficas de alta endemicidade para Hepatite B, pacientes provenientes de prisões e de instituições de atendimento a pacientes com deficiência mental.

2- IGHAHB (2x) = 2 doses de imunoglobulina hiperimune para Hepatite B com intervalo de 1 mês entre as doses. Esta opção deve ser indicada para aqueles que já fizeram 2 séries de 3 doses da vacina mas não apresentaram resposta à vacina ou apresentem alergia grave à vacina.

EXAMES A SEREM SOLICITADOS EM CASO DE ACIDENTE COM MATERIAL BIOLÓGICO

PACIENTE FONTE	ACIDENTADO
HBsAg Anti HIV Anti HCV Teste rápido Anti-HIV	HBsAg Anti HIV Anti HCV Anti HBS

RELATÓRIO MÉDICO DE ATENDIMENTO A ACIDENTE DO TRABALHO

(via única – SESMT)

1. Nome do colaborador:		2. Matrícula:	
3. Unidade de atendimento médico:		4. Data:	5. Hora Atendimento:
6. Houve Internação: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		7. Deverá o acidentado afastar-se do trabalho para tratamento: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
8. Descrição e Natureza da Lesão: _____ _____ _____			
9. Diagnóstico Provável:		10. CID-10:	
11. Procedimentos Realizados		12. Códigos Autorizados	
_____ _____ _____		_____ _____ _____	
13. Observações: _____ _____ _____ _____			
Local e Data		Assinatura e carimbo do Médico com CRM	



Unimed |

ANS - Nº 34.388-9