HEMOPE	FICHA DE INFORMAÇÕES DE ACIDENTES	Código: **FOR ASFU 015** Versão/ Ano: **03/2021**

Tipo de acidente:	**(** **)** Típico	**(** **)** Trajeto	**(** **)** Doença Ocupacional
Responsável pelas Informações/ Registro: ( ) Chefia Imediata ( ) SAF		**Data de Registro:** _____/_____/_____	

INFORMAÇÕES DO ACIDENTADO		
Nome:		**Matrícula:**
Nome da mãe:		
Endereço:		**Número:**
Bairro:	**Cidade:**	**Estado:**
Vínculo do Acidentado: ( ) Estatutário ( ) Plantão Extra ( ) Outros:_____		
Cargo:	**Função Exercida:**	
Data de Nascimento: _____/_____/_____	**Sexo:** ( ) Feminino ( ) Masculino	
Telefone:		

INFORMAÇÕES DO ACIDENTE		
Data do Acidente: _____/_____/_____	**Hora do Acidente:** _____:_____h(s)	**Horas Trabalhadas:** _____:_____h(s)
Local do Acidente:		
Houve atendimento médico? ( )Sim ( )Não Se sim, anexar ao processo SEI.		**Houve registro do B.O?** ( ) Sim ( ) Não Se sim, anexar ao processo SEI.
Houve Afastamento do Trabalho? ( ) Sim ( ) Não		**Quantidade de tempo de afastamento (caso haja):** _____
Houve Lesão? ( )Sim ( )Não		**Último dia trabalhado:** _____/_____/_____
Houve Morte? ( )Sim ( )Não		**Data do Óbito:** _____/_____/_____
Município do Acidente:		**UF:**
Parte do corpo atingida:		
Agente Causador (O que causou o acidente?):		
Descrição da Situação Geradora do Acidente ou Doença (Descreva detalhadamente o ocorrido, o local e o que antecedeu e sucedeu à situação):		

Nome/Cargo da Testemunha 01:		**Tel.:**
Nome/Cargo da Testemunha 02:		**Tel.:**
A/O atividade/setor possui algum/a Procedimento/Instrução? **( ) Sim** **( ) Não** **( ) Não se aplica, justificar.** **Se sim, quais?**	**Estava usando algum Equipamento de Proteção Individual – EPI no momento do acidente?** **( ) Sim** **( ) Não** **( ) Não se aplica, justificar.** **Se sim, quais?**	**Recebeu algum treinamento pelo Hemope?** **( ) Sim** **( ) Não** **( ) Não se aplica, justificar.** **Se sim, quais?**
O setor possui Equipamento de Proteção Coletiva – EPC? ( ) Sim ( ) Não **Se sim, quais?**		

INFORMAÇÕES DA DECLARAÇÃO/ATESTADO MÉDICO (CASO HAJA)		
Data do Atendimento: _____/_____/_____	**Hora do Atendimento:** _____:_____h(s)	**Houve Internação:** ( ) Sim ( ) Não
Será Afastado: ( ) Sim ( ) Não		
Quantidade de tempo de afastamento (caso houver):		
Natureza da Lesão:		
CID:		
Nome do Médico:		**CRM:**

ACIDENTE COM MATERIAL BIOLÓGICO ( ) SIM ( ) NÃO

OBS.: Se a resposta for Não, pular para a seção "Responsável pelas Informações prestadas (Nome Completo por Extenso)"

Teve contato com algum material biológico de paciente neste acidente de trabalho? ( ) SIM ( ) NÃO

Qual o tipo de material biológico?

( ) Sangue	( ) Fezes	( ) Líquor	( ) Líquido pleural	( ) Líquido amniótico
( ) Fluido com sangue	( ) Líquido pleural	( ) Líquido ascético	( ) Soro/plasma	
( ) Saliva	( ) Pús	( ) Escarro	( ) Urina	( ) Outros:_____

Qual a via de entrada do material biológico no seu organismo?			
( ) Pele íntegra	( ) Pele não íntegra	( ) Mucosa oral	( ) Mucosa ocular
( ) Mucosa respiratória	( ) Outros:_____		

Ocorreu algum tipo de lesão? ( ) NÃO ( ) SIM, qual(ais):			
( ) Perfuração	( ) Corte	( ) Laceração	( ) Respingos em lesões abertas
( ) Respingos de mucosa	( ) Outras:_____		

Agente Causador			
( ) Agulha hipodérmica	( ) Agulha de sutura	( ) Agulha de sutura	( ) Respingos
( ) Lâmina de bisturi	( ) Lâmina de laboratório	( ) Tesoura	( ) Pinça
( ) Vidro quebrado	( ) Agulha de punção lombar	( ) Lâminas cortantes	( ) Butterfly/Scalp
( ) Outros:_____			

Qual a parte do corpo atingida?			
( ) Olho direito	( ) Olho esquerdo	( ) Nariz	( ) Boca
( ) Dedo da mão direita	( ) Dedo da mão esquerda	( ) Pé direito	( ) Pé esquerdo
( ) Braço direito	( ) Braço esquerdo	( ) Perna direita	( ) Perna esquerda
( ) Coxa direita	( ) Coxa esquerda	( ) Antebraço direito	
( ) Antebraço esquerdo	( ) Outros:_____		

Qual o tipo de procedimento estava sendo realizado no momento do acidente de trabalho?		
( ) Punção venosa de rotina (veia periférica)	( ) Sutura	( ) Punção lombar
( ) Punção veia profunda (subclávia, ect.)	( ) Punção abdominal	( ) Curativo
( ) Coleta de sangue para exames	( ) Instrumentando cirurgia	( ) Injeção intramuscular
( ) Separando roupa na lavanderia	( ) Limpando o chão	( ) Verificação glicêmica
( ) Manuseio de caixa para descarte de perfurocortante		( ) Higienização do paciente
( ) Recolhendo o lixo	( ) Outros:_____	

Uso de EPI?					
( ) Luva	( ) Avental	( ) Óculos	( ) Máscara	( ) Proteção facial	( ) Bota
( ) Outros:_____					

Situação vacinal do acidentado em relação à hepatite B (3 doses)		
( ) Vacinado	( ) Não vacinado	( ) Ignorado

RESPONSÁVEL PELAS INFORMAÇÕES PRESTADAS (NOME COMPLETO POR EXTENSO) ( )	
Local e Data: **_____, _____ de _____ 20_____**	**Assinatura do Responsável pelas Informações:** **_____**