

PROFILAXIS SIDA EN ACCIDENTE LABORAL

Los afiliados de IAPOS que debido a un accidente laboral deben recibir medicación para profilaxis de SIDA, podrán concurrir a la farmacia con una **FICHA EPIDEMIOLÓGICA** que se confecciona en el Hospital, para iniciar el trámite de autorización. A continuación adjuntamos

modelo de la misma: Observar en la segunda página señalada con .

Recordamos la urgencia requerida en la gestión de estos casos.



FICHA EPIDEMIOLÓGICA DE EXPOSICIÓN ACCIDENTAL A FLUIDOS BIOLÓGICOS (OCUPACIONAL Y NO OCUPACIONAL)

HOSPITAL					SERVICIO								
DATOS DEL ACCIDENTADO/VICTIMA													
APELLIDO Y NOMBRE													
EDAD	FECHA DE NAC.		/ /		DNI								
TELÉFONO			OBRA SOCIAL			N° AFILIADO							
FECHA DEL ACCIDENTE			/ /		HORA DEL ACCIDENTE		:						
TIPO DE ACCIDENTE	Profilaxis/Relaciones sexuales de Riesgo.				Profilaxis/Accidente Ocupacional								
	Profilaxis/Abuso Sexual.				Profilaxis/Otro								
DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE													
<small>(exposición percutánea o cutáneo mucosa, tipo de instrumento cortopunzante, volumen de sangre en caso de exposición mucosa, uso de elementos de protección personal, tipo de fluido al que se expuso, etc)</small>													
ANTECEDENTES PERSONALES DEL ACCIDENTADO/VICTIMA													
RECIBIÓ VACUNA ANTIHEPATITIS B	SI	<input type="checkbox"/>	N° dosis			Fecha última dosis	/ /						
	NO	<input type="checkbox"/>											
VHB ANTI AG S	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Titulo								
ACCIDENTES RELEVANTES													
<small>(serologías previas, otros accidentes, etc)</small>													
ANTECEDENTES DE LA FUENTE													
CONOCIDA	<input type="checkbox"/>	DESCONOCIDA	<input type="checkbox"/>										
APELLIDO Y NOMBRE													
ENFERMEDAD ACTUAL						H.C.							
INTERNADO	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	SERVICIO			AMBULATORIO	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	
ANTECEDENTES DE	Hepatitis B o C		SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	H.I.V.	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>		
	Drogas I.V.		SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Otros						
RECIBE MEDICACIÓN VIH	NO												
	SI	<input type="checkbox"/>	¿Cuánt?										

LABORATORIO Y SEROLOGÍAS BASEALES	
	PACIENTE FUENTE
TGO/TGP	
Creatinina	
Hemograma	
VHB Anti core	
VHB Anti Ag s	
VHB Ag s	
VHC	
VIH	

TRATAMIENTO DEL ACCIDENTADO/VICTIMA	
GAMMAGLOBULINA HB	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
VACUNA HBV	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Dosis 1' <input type="checkbox"/> 2' <input type="checkbox"/> 3' <input type="checkbox"/>
VACUNA ANTITETÁNICA	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
MEDICACIÓN VIH	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Fecha de inicio / / Hora de inicio
Tenofovir/Lamivudina	AZT/3TC
Darunavir/ritonavir	Lopinavir/Ritonavir
PROFILAXIS ITS	
Ceftriaxona	Metronidazol
Azitromicina	Anticoncepción Hormonal de Emergencia

MEDICACIÓN DE CONTINUACIÓN		
 Pacientes con IAPOS - solicitar con duplicado de esta ficha en cualquier Farmacia adherida al Colegio de Farmacéuticos		
MEDICACIÓN ANTIRRETROVIRAL	DOSIS DIARIA EN MG	DÍAS DE TRATAMIENTO
Tenofovir/Lamivudina		
Darunavir/ritonavir		
AZT/3TC		
Lopinavir/Ritonavir		

DATOS DEL MEDICO QUE ASISTIÓ	
APELLIDO Y NOMBRE	
Nº DE MATRICULA	ÁMBITO DE COMPETENCIA
TELÉFONO	
Firma	Sello

REFERENCIA PARA SEGUIMIENTO	
Servicio al que se deriva para seguimiento:	
INFECTOLOGÍA	Fecha
GINECOLOGÍA	Fecha
OTRO	