

PREFEITURA MUNICIPAL DE JUNDIAÍ  
CENTRO DE REFERÊNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR (CEREST)

**Fluxo de Encaminhamento de Acidentes de Trabalho com Exposição à Material  
Biológico no Município de Jundiaí/SP**

Jundiaí  
2022

**Divisão de Vigilância Sanitária em Saúde do Trabalhador**  
*CEREST – Centro de Referência em Saúde do Trabalhador*  
Rua Anchieta, 88 – Jundiaí/SP CEP: 13.201-804  
Fone/Fax: (11) 4521-8666  
e-mail: [cerestjundiai@jundiai.sp.gov.br](mailto:cerestjundiai@jundiai.sp.gov.br)  
Página 1 de 17

## FLUXO DE ENCAMINHAMENTO DE ACIDENTES DE TRABALHO COM EXPOSIÇÃO À MATERIAL BIOLÓGICO NO MUNICÍPIO DE JUNDIAÍ/SP

Todos os profissionais e trabalhadores que atuam em atividades que apresentem risco de exposição ao sangue e outros materiais biológicos contaminantes estão contemplados no presente fluxo em caso de exposição acidental durante o exercício laboral.

Dividiremos o fluxo em diferentes segmentos, a fim de facilitar a compreensão no que concerne ao atendimento do funcionário acidentado, preenchimento de ficha de notificação, acompanhamento do acidentado, bem como outros encaminhamentos necessários.

Desta forma, deverá ser seguido o fluxo descrito abaixo quando a exposição à material biológico ocorrer com:

**FUNCIONÁRIOS E RESIDENTES DE HOSPITAIS PARTICULARES, HOSPITAL UNIVERSITÁRIO E DO HOSPITAL DE CARIDADE SÃO VICENTE DE PAULO**

- Atendimento de urgência no Pronto Socorro do próprio Hospital;
- Preenchimento da ficha SINAN em 02 vias. A ficha original deverá ser enviada ao CEREST em até 7 (sete) dias corridos da data do acidente SOMENTE após preenchimento de todos os campos, inclusive com os resultados das sorologias do paciente acidentado e do paciente fonte, quando houver, bem como a conduta tomada;
- O acompanhamento clínico e a alta deverão ser realizados pelo Serviço de Segurança e Medicina Ocupacional (SESMT) do Hospital/Empregador;
- Cabe ao SESMT do Hospital comunicar ao Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) o término do acompanhamento do paciente e a evolução do caso.

**FUNCIONÁRIOS E RESIDENTES COM VÍNCULO PELO HOSPITAL DE CARIDADE SÃO VICENTE DE PAULO QUE ATUAM NOS SERVIÇOS DA UNIDADE DE GESTÃO E PROMOÇÃO DE SAÚDE DE JUNDIAÍ**

- Atendimento de urgência no Pronto Socorro do Hospital de Caridade São Vicente de Paulo (HCSVP) ou no Hospital Particular, com o qual mantenha convênio;
- Preenchimento da ficha SINAN em 02 vias. A ficha original deverá ser enviada ao CEREST em até 7 (sete) dias corridos da data do acidente SOMENTE após preenchimento de todos os campos, inclusive com os resultados das sorologias do paciente acidentado e do paciente fonte, quando houver, bem como a conduta tomada;
- O acompanhamento clínico e a alta deverão ser realizados pelo Serviço de Segurança e Medicina Ocupacional (SESMT) do Hospital;

- Cabe ao SESMT do Hospital comunicar ao Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) o término do acompanhamento do paciente e a evolução do caso.

## FUNCIONÁRIOS DA PREFEITURA DE JUNDIAÍ

(UBS/ESF/Ambulatórios/CAPS/PA/outros serviços que não estejam dentro de Hospital)

- A unidade de saúde (onde o funcionário que se acidentou trabalha) deverá realizar o preenchimento da ficha SINAN em 02 vias;
- A chefia imediata deverá preencher a **ficha de notificação Pré-CIAT**, conforme Manual de Gerenciamento de Frequência dos Servidores Públicos da Administração Direta, anexo ao Decreto nº. 26.915, de 27/04/17, que traz novidades no procedimento para abertura da Comunicação Interna de Acidente de Trabalho (CIAT) + a ficha de **Abono de Faltas**.
- Após comunicar ao paciente fonte do acidente ocorrido, proceder com o preenchimento do termo de autorização para coleta de exames sorológicos em 03 vias. Uma via ficará com o paciente fonte, outra com o Hospital que prestar atendimento ao funcionário e a outra ficará no prontuário do funcionário acidentado no SESMT da Prefeitura (UGAGP);
- Realizar o Teste Rápido Diagnóstico para HIV no **paciente fonte e laudar**;
- Realizar coleta de sangue em dois tubos secos, grandes, com tampa vermelha do **paciente fonte**, para o processamento das seguintes sorologias: AntiHIV, AntiHCV, AntiHBc Total, HBsAg e VDRL;
- É necessário realizar o preenchimento de impresso próprio para solicitação de exames laboratoriais (SAD) para os exames do paciente fonte;
- É necessário também etiquetar os tubos com nome completo do paciente escrito a caneta;
- O funcionário acidentado levará as amostras e o SAD para o Pronto Socorro (público ou no qual mantenha convênio de saúde), em caixa própria, fornecida pelo CEREST às Unidades de Saúde. A caixa para transporte deverá ser de uso exclusivo para este fim;

- O funcionário acidentado deverá levar as 02 vias da ficha SINAN + termos de autorização de coleta do paciente fonte (quando houver fonte conhecida) + resultado (laudo) do teste rápido realizado (da fonte) para avaliação do plantonista do Pronto Socorro do Hospital de Caridade São Vicente de Paulo ou Hospital Particular com o qual mantenha convênio (opção do funcionário);
- O hospital irá dar sequência ao protocolo em caso de acidente com exposição à material biológico – realização dos exames do funcionário acidentado: **AntiHIV, AntiHCV, AntiHBS, HBsAg e VDRL** e outros que julgar necessário;
- O médico plantonista deverá preencher as duas fichas SINAN no campo “Conduta”, carimbar, assinar e devolver ao funcionário acidentado;
- Em caso de prescrição do esquema antirretroviral, o Hospital que prestou o atendimento deverá fornecer medicação **para 5 (cinco) dias – uma dose** no momento do acidente, o mais rápido possível (tempo ouro de 2 horas, podendo ser realizado em até 72 horas, conforme protocolo do Ministério da Saúde) e mais **quatro doses** para o paciente acidentado tomar em casa. Deve também orientar o funcionário acidentado a retirar **o restante do esquema**, portando a devida **prescrição + formulário específico de solicitação de medicamentos - profilaxia** (23 dias), no Ambulatório de Moléstias Infecciosas (AMI) de Jundiaí, cito à rua Conde Montesanto, 480, Vianelo - Telefone: (11) 45273760 - Horário: das 08h às 17h, de 2ª a 6ª-feira;
- O acidentado deverá comparecer ao SESMT da Prefeitura (UGAGP) após avaliação do plantonista, mediante agendamento prévio na Medicina Ocupacional, pelo telefone (11) 45898810, portando as duas fichas de SINAN com a conduta preenchida + termo de autorização de coleta do paciente fonte (quando houver fonte conhecida) + resultado/laudo do teste rápido realizado da fonte, se houver + ficha de notificação Pré-CIAT + Abono de Faltas;
- A abertura da Comunicação de Acidente de Trabalho, o acompanhamento clínico e a alta deverão ser realizados pelo Serviço de Segurança e Medicina Ocupacional da Prefeitura;
- O SESMT da Prefeitura deverá enviar a ficha SINAN original ao CEREST em até **7 (sete)** dias corridos da data do acidente SOMENTE após preenchimento de todos

os campos, inclusive com os resultados das sorologias do paciente acidentado e do paciente fonte, quando houver, bem como a conduta tomada;

- Cabe ao SESMT da Prefeitura comunicar ao Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) o término do acompanhamento do paciente e a evolução do caso, para fechamento da ficha de SINAN.

**FUNCIONÁRIOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE ADMINISTRADOS POR ORGANIZAÇÃO SOCIAL (POR EXEMPLO: AMBULATÓRIO MÉDICO DE ESPECIALIDADES, UPA DO VETOR OESTE, HOSPITAL REGIONAL DE JUNDIAÍ) E GRENDACC**

- O serviço de saúde (onde o funcionário que se acidentou trabalha) deverá realizar o preenchimento da ficha SINAN em 02 vias;
- Caso haja possibilidade de coleta dos exames do paciente fonte, preencher o termo de autorização para coleta de exames sorológicos em 03 vias (uma via fica com o paciente fonte, uma no hospital que prestou atendimento e a outra vai para o SESMT do serviço de saúde em questão), caso contrário a fonte poderá acompanhar o paciente acidentado Pronto Socorro;
- Atendimento de urgência no Pronto Socorro do HCSVP ou hospital com o qual mantenha convênio. O Hospital Regional fará o atendimento de seus colaboradores.
- A abertura da Comunicação de Acidente de Trabalho, o acompanhamento clínico e a alta deverão ser realizados pelo Serviço de Segurança e Medicina Ocupacional (SESMT) do Serviço de Saúde em questão;
- O SESMT do Serviço de Saúde deverá enviar a ficha SINAN original ao CEREST em até 7 (sete) dias corridos da data do acidente SOMENTE após preenchimento de todos os campos, inclusive com os resultados das sorologias do paciente acidentado e do paciente fonte, quando houver, bem como a conduta tomada;
- Cabe ao SESMT do Serviço de Saúde comunicar ao Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) o término do acompanhamento do paciente e a evolução do caso, para fechamento da ficha de SINAN.

**OUTROS PROFISSIONAIS** – Alunos e estagiários da área da saúde, profissionais de empresas que não possuem SESMT e profissionais autônomos/liberais/**informais** que tenham sofrido acidente com exposição à material biológico.

- Atendimento de urgência no Pronto Socorro do HCSVP ou hospital com o qual mantenha convênio;
- Preenchimento da ficha SINAN em 02 vias. A ficha original deverá ser enviada ao CEREST em até 7 (sete) dias corridos da data do acidente **SOMENTE** após preenchimento de todos os campos, inclusive com os resultados das sorologias do paciente acidentado e do paciente fonte, quando houver, bem como a conduta tomada;
- O Hospital deverá **entregar papeleta com endereço e telefone do CEREST** e orientar o paciente a entrar em contato com o CEREST, no mesmo dia ou próximo dia útil, para realizar o agendamento da consulta – **entregar papeleta com endereço e telefone do CEREST.**
- Em caso de prescrição do esquema antirretroviral, o Hospital que prestou o atendimento deverá fornecer medicação **para 5 (cinco) dias** – **uma dose** no momento do acidente, o mais rápido possível (tempo ouro de 2 horas, podendo ser realizado em até 72 horas, conforme protocolo do Ministério da Saúde) e mais **quatro doses** para o paciente acidentado tomar em casa. Deve também orientar o funcionário acidentado a retirar **o restante do esquema**, portando a devida **prescrição + formulário específico de solicitação de medicamentos - profilaxia** (23 dias), no Ambulatório de Moléstias Infecciosas (AMI) de Jundiaí, cito à rua Conde Montesanto, 480, Vianelo - Telefone: (11) 45273760 - Horário: das 08h às 17h, de 2<sup>a</sup> a 6<sup>a</sup>-feira.

**OBSERVAÇÃO 1:** Para as Unidades de Saúde da Prefeitura que não possuem o teste rápido diagnóstico e/ou não tem a possibilidade de coleta de exame laboratorial, o funcionário que se acidentar deverá comparecer ao Pronto Socorro do HCSVP ou Hospital com o qual mantenha convênio, para realização dos exames, avaliação e conduta. Neste caso, o **paciente fonte** poderá acompanhar o funcionário acidentado (se houver fonte). Após atendimento no Pronto Socorro, o funcionário acidentado deverá comparecer ao SESMT da Prefeitura, mediante agendamento, para seguimento do caso. **Os Pronto-Atendimentos da Prefeitura** devem seguir o fluxo constante da observação 1, podendo realizar a coleta dos exames da fonte, quando possível, e os demais procedimentos conforme o fluxo dos funcionários da prefeitura de Jundiaí.

**OBSERVAÇÃO 2:** Para as Unidades de Saúde da Prefeitura ou outros serviços que não possuem o teste rápido diagnóstico para HIV, deverá proceder a coleta de mais um tubo seco, grande, com tampa vermelha, identificar o tubo com nome completo do paciente a caneta e solicitar em outro impresso/pedido o Teste Rápido para HIV.

**OBSERVAÇÃO 3:** Os funcionários da Prefeitura ou outros profissionais atendidos no Pronto Socorro do HCSVP terão seus exames devidamente etiquetados pelo laboratório AFIP e os exames poderão ser solicitados pelo SESMT da Prefeitura e pelo CEREST, viabilizando desta forma o seguimento do acompanhamento do funcionário acidentado. Os funcionários de serviços de saúde administrados por organização social atendidos no Pronto Socorro do HCSVP poderão retirar seus resultados de exames, em até 7 dias, no Laboratório AFIP – Unidade Hospital São Vicente de Paulo ou conforme fluxo especificado pelo serviço em questão.



**OBSERVAÇÃO 4: Os funcionários da Prefeitura, funcionários de serviços de saúde administrados por organização social ou outros profissionais atendidos nos Prontos Socorros dos Hospitais Particulares** deverão ser orientados a retornar ao local onde foram atendidos, em até 5 dias, para retirar os resultados dos exames sorológicos realizados (acidentado e fonte) para que possam entregar os exames no SESMT da Prefeitura, empresa ou CEREST e desta forma viabilizar o seguimento do seu acompanhamento.

**OBSERVAÇÃO 5: Em caso de trabalhadores terceirizados que atuam nos serviços de saúde ou trabalhadores de outros serviços que possuam riscos para acidente com exposição à material biológico (não contemplados acima),** o atendimento inicial deverá ser prestado pelo Pronto Socorro do Hospital em que o funcionário trabalha, ou em caso de unidade de saúde ou outro serviço (não hospital) no PS do Hospital São Vicente ou Hospital Particular, com o qual mantenha convênio.

O paciente que possui convênio e optar por realizar seu acompanhamento com infectologista, deverá ter seu primeiro atendimento agendado pelo hospital que prestou atendimento em até 14 dias. Cabe ressaltar ainda mais, neste caso, a importância do Hospital que prestou o atendimento anotar o contato telefônico atualizado do paciente.

O acompanhamento do paciente, cuja empresa não possua SESMT, será realizado pelo CEREST, para tanto, o Hospital deverá **entregar papeleta com endereço e telefone do CEREST** e orientar o paciente a entrar em contato com o CEREST, no mesmo dia ou próximo dia útil, para realizar o agendamento da consulta – **entregar papeleta com endereço e telefone do CEREST.**

O paciente, cujo empregador possua SESMT, será acompanhado até sua alta pelo SESMT da empresa. Cabe ao SESMT da empresa comunicar ao Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) o término do acompanhamento do paciente e a evolução do caso, para fechamento da ficha de SINAN.

**OBSERVAÇÃO 6:** quando o paciente fonte for **recém-nascido ou lactente até 18 meses** – realizar coleta de exames sorológicos da mãe, no momento do acidente.

**OBSERVAÇÃO 7:** O Hospital que prestou atendimento ao acidentado deverá avaliar a situação sorológica do mesmo com relação à vacina da hepatite B. Em caso de necessidade de realização de imunoglobulina humana anti-hepatite B é de responsabilidade do Hospital viabilizar este tratamento. A referência para obtenção da imunoglobulina humana anti-hepatite B é o CRIE (Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais) de Campinas, cujo horário de funcionamento é de 2<sup>a</sup> a 6<sup>a</sup>-feira das das 08h às 16h – Telefone: (19) 35217720. Em caso de atendimento após 16 horas, aos finais de semana e feriados contatar o HC da Unicamp (Enfermaria de Moléstias Infecciosas) pelo telefone (19) 35217574.

**OBSERVAÇÃO 8:** o Hospital que prestou atendimento para um caso de acidente de trabalho com exposição a material biológico que tenha **paciente fonte conhecido** deverá comunicar ao mesmo o resultado de todas as sorologias realizadas, bem como orientar e encaminhar em caso de alteração em qualquer um destes resultados.

**Notas:**

- 1-** O acompanhamento do funcionário acidentado se dará conforme preconizado pelos protocolos do Ministério da Saúde (atentar-se para as atualizações e sempre seguir o protocolo vigente):
  - Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pós-Exposição (PEP) de Risco à Infecção pelo HIV, IST e Hepatites Virais
  - Recomendações para atendimento e acompanhamento de exposição ocupacional a material biológico: HIV e Hepatites B e C
  - Exposição a materiais biológicos – Saúde do Trabalhador: protocolos de complexidade diferenciada
  - Manual dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais (CRIE)
  
- 2- Ficha SINAN de acidente de trabalho com exposição à material biológico
  
- 3- Termo de consentimento para coleta de exames laboratoriais
  
- 4- Ficha Pré-CIAT
  
- 5- Abono de Faltas
  
- 6- Formulário de solicitação de Imunoglobulina Humana Anti-Hepatite B

Ficha SINAN

República Federativa do Brasil  
Ministério da Saúde

SINAN

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

Nº

FICHA DE INVESTIGAÇÃO ACIDENTE DE TRABALHO COM EXPOSIÇÃO À MATERIAL BIOLÓGICO

**Definição de caso:** Acidentes envolvendo sangue e outros fluidos orgânicos ocorridos com os profissionais da área da saúde durante o desenvolvimento do seu trabalho, aonde os mesmos estão expostos a materiais biológicos potencialmente contaminados.  
Os ferimentos com agulhas e material perfuro cortante em geral são considerados extremamente perigosos por serem potencialmente capazes de transmitir mais de 20 tipos de patógenos diferentes, sendo o vírus da imunodeficiência humana (HIV), o da hepatite B (HBV) e o da hepatite C (HCV) os agentes infecciosos mais comumente envolvidos.

Dados Gerais	1	Tipo de Notificação		2 - Individual			
	2	Agravado/doença		3	Data do Notificação		
	ACIDENTE DE TRABALHO COM EXPOSIÇÃO À MATERIAL BIOLÓGICO		Código (CID10)	Z20.9			
Notificação Individual	4	UF	5	Município de Notificação			
					Código (IBGE)		
	6	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código	7	Data do Acidente	
Dados de Residência	8	Nome do Paciente			9	Data de Nascimento	
	10	(ou) Idade	11	Sexo	12	Gestante	
	14	Escolaridade					
	15	Número do Cartão SUS		16			Nome da mãe
Dados de Residência	17	UF	18	Município de Residência		Código (IBGE)	
	19	Distrito					
	20	Bairro		21		Logradouro (rua, avenida,...)	
					Código		
	22	Número	23		Complemento (apto., casa, ...)		
	24	Geo campo 1					
25	Geo campo 2		26		Ponto de Referência		
27	CEP						
28	(DDD) Telefone		29	Zona			
				1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado			
30	Pais (se residente fora do Brasil)						
<b>Dados Complementares do Caso</b>							
Antecedentes Epidemiológicos	31	Ocupação					
	32	Situação no Mercado de Trabalho					
<b>Dados da Empresa Contratante</b>							
34	Registro/ CNPJ ou CPF		35				Nome da Empresa ou Empregador
36	Atividade Econômica (CNAE)		37	UF	38	Município	
						Código (IBGE)	
39	Distrito		40	Bairro		41	Endereço
42	Número	43		Ponto de Referência		44	(DDD) Telefone
45	O Empregador é Empresa Terceirizada						

Acidente de trabalho com exposição à material biológico

Sinan Net

SVS

27/09/2005

Acidente com material biológico	<b>46</b> Tipo de Exposição 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Percutânea <input type="checkbox"/> Mucosa (oral/ ocular) <input type="checkbox"/> Pele íntegra <input type="checkbox"/> Pele não íntegra <input type="checkbox"/> Outros _____	
	<b>47</b> Material orgânico 1-Sangue 2-Líquor 3-Líquido pleural 4-Líquido ascítico 9-Ignorado 5-Líquido amniótico 6-Fluido com sangue 7-Soro/plasma 8-Outros: _____	
	<b>48</b> Circunstância do Acidente 01 - Administ. de medicação endovenosa 09 - Lavanderia 02 - Administ. de medicação intramuscular 10 - Lavagem de material 03 - Administ. de medicação subcutânea 11 - Manipulação de caixa com material perfurocortante 04 - Administ. de medicação intradérmica 12 - Procedimento cirúrgico 05 - Punção venosa/arterial para coleta de sangue 13 - Procedimento odontológico 06 - Punção venosa/arterial não especificada 14 - Procedimento laboratorial 07 - Descarte inadequado de material perfurocortante em saco de lixo 15 - Dextro 08 - Descarte inadequado de material perfurocortante em bancada, cama, chão, etc... 16 - Reescape 98 - Outros 99 - Ignorado	
	<b>49</b> Agente 1-Agulha com lúmen (luz) 2 - Agulha sem lúmen/maciça 3 - Intracath 4 - Vidros 5 - Lâmina/lanceta (qualquer tipo) 6 - Outros 9 - Ignorado	
	<b>50</b> Uso de EPI (aceita mais de uma opção) 1- Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> LUVA <input type="checkbox"/> Avental <input type="checkbox"/> Óculos <input type="checkbox"/> Máscara <input type="checkbox"/> Proteção facial <input type="checkbox"/> Bota	
	<b>51</b> Situação vacinal do acidentado em relação à hepatite B (3 doses) 1-Vacinado 2-Não vacinado 9-Ignorado	<b>52</b> Resultados de exames do acidentado (no momento do acidente - data ZERO) 1-Positivo 2-Negativo 3-Inconclusivo 4-Não realizado 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Anti-HIV <input type="checkbox"/> HbsAg <input type="checkbox"/> Anti-HBs <input type="checkbox"/> Anti-HCV
	<b>Dados do Paciente Fonte ( no momento do acidente)</b>	
	<b>53</b> Paciente Fonte Conhecida? 1-Sim 2 - Não 9- Ignorado	<b>54</b> Se sim, qual o resultado dos testes sorológicos? 1-Positivo 2-Negativo 3-Inconclusivo 4 - Não Realizado 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Hbs Ag <input type="checkbox"/> Anti-HBc <input type="checkbox"/> Anti-HIV <input type="checkbox"/> Anti-HCV

Conclusão	<b>55</b> Conduta no momento do acidente 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Sem indicação de quimioprofilaxia <input type="checkbox"/> AZT+3TC+Indinavir <input type="checkbox"/> Vacina contra hepatite B <input type="checkbox"/> Recusou quimioprofilaxia indicada <input type="checkbox"/> AZT+3TC+Nelfinavir <input type="checkbox"/> Outro Esquema de ARV Especifique _____ <input type="checkbox"/> AZT+3TC <input type="checkbox"/> Imunoglobulina humana contra hepatite B (HBIG)
	<b>56</b> Evolução do Caso 1-Alta com conversão sorológica (Especificar vírus: _____) 2-Alta sem conversão sorológica 3-Alta paciente fonte negativo 4- Abandono 5- Óbito por acidente com exposição à material biológico 6- Óbito por Outra Causa 9- Ignorado

<b>57</b> Se Óbito, Data	<b>58</b> Foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho 1-Sim 2 - Não 3- Não se aplica 9- Ignorado
--------------------------	---

### Informações complementares e observações


Investigador	Município/Unidade de Saúde	Cód. da Unid. de Saúde
	Nome	Função

Acidente de trabalho com exposição à material biológico

Sinan Net

SVS 27/09/2005

*Termo de consentimento*

**TERMO DE CONSENTIMENTO DO PACIENTE-FONTE PARA COLETA E  
ANALISE DE SANGUE EM CASO DE ACIDENTE COM MATERIAL  
BIOLÓGICO**

Eu, \_\_\_\_\_, fui devidamente esclarecido da importância de colher os exames de sorologia para HIV, hepatites B e C e VDRL para que possam ser tomadas as devidas providências em caso de exposição a material biológico.

Declaro que:

( ) Autorizo a coleta da amostra para análise.

( ) Não autorizo a coleta.

Todas as informações serão mantidas em sigilo, servindo unicamente para orientar a condução do tratamento do funcionário acidentado. A equipe médica será informada sobre os resultados dos exames, ficando os mesmos arquivados em seu prontuário.

Assino este termo em 3 (três) vias, ficando uma cópia retida no serviço de saúde, uma no laboratório (em caso de local de atendimento diferente do serviço de saúde em que o acidentado trabalha) e outra comigo.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(Local) (Data)


Assinatura do paciente fonte: \_\_\_\_\_

Assinatura do Representante Legal: \_\_\_\_\_


Assinatura do profissional da Unidade: \_\_\_\_\_

(profissional que orientou o paciente fonte)

*Ficha Pré-CIAT*

 <p><b>Prefeitura de Jundiaí</b></p>		<p><b>UGAGP - Unidade de Gestão de Administração e Gestão de Pessoas</b> DEST - Divisão de Engenharia de Segurança do Trabalho</p>	
Ficha de Notificação Pré-CIAT (Comunicação Interna de Acidente de Trabalho)			
<p>Para abertura da CIAT o gestor de ponto encaminhará à DEST via link (online), além do(s) comprovante(s) de atendimento médico (atestado e/ou declaração com CID e CRM), esta ficha. O preenchimento da ficha é de responsabilidade da chefia imediata ou mediata, que assinará o documento juntamente com as testemunhas listadas. Nos casos de acidentes de trânsito,</p>			
Acidentado - Identificação *			
Nome:			
Cargo:			
Código:		Tel. Contato:	
Ocorrência *			
Data:			
Hora:			
Local ou Endereço (se via Parte(s) do corpo			
Breve descrição conforme relato do acidentado e/ou testemunhas:			
Testemunha (s) - Caso não existam testemunhas oculares deixar esses campos em branco:			
1	Nome:		
	Código:		Tel. Contato:
2	Nome:		
	Código:		Tel. Contato:
Chefia imediata ou mediata - Caso não existam testemunhas oculares, a chefia constará como testemunha circunstancial da ocorrência, ou seja, está ciente e informada sobre os fatos *			
	Nome:		
	Código:		Tel. Contato:
Assinaturas *		Jundiaí, _____ / _____ / _____	
	Testemunha 1		
	Testemunha 2		
	Chefia imediata ou mediata		
* Campos obrigatórios			

*Abono de Faltas*

 <b>Prefeitura de Jundiaí</b>		
Jundiaí, ____ de _____ de 20 ____		<input type="checkbox"/> C.L.T. <input type="checkbox"/> ESTATUTÁRIO <input type="checkbox"/> VARIÁVEL <input type="checkbox"/> DAC
<b>ABONO DE FALTAS</b>		
NOME:		
CÓDIGO:	CARGO:	
ENDEREÇO:		
FONE RESID./RECADO:		FONE CELULAR:
ATESTADO DE:		
( ) DIA(S)	QUANTIDADE DE DIA(S): ____	A PARTIR DE ____/____/____
( ) HORA(S)	DATA: ____/____/____	INÍCIO: ____ HS FIM: ____ HS
	DATA: ____/____/____	INÍCIO: ____ HS FIM: ____ HS
	DATA: ____/____/____	INÍCIO: ____ HS FIM: ____ HS
	DATA: ____/____/____	INÍCIO: ____ HS FIM: ____ HS
	DATA: ____/____/____	INÍCIO: ____ HS FIM: ____ HS
LOCAL DE TRABALHO:		
HORÁRIO DE TRABALHO:		
COMPROVANTE:		
MOTIVO:		
Ciente:	P. Deferimento	
_____ Chefia Imediata (carimbo / nome legível)	_____ Servidor(a)	



*Formulário de solicitação de Imunoglobulina Humana Anti-Hepatite B*

**Solicitação de Imunobiológicos Especiais ao CRIE-UNICAMP**

**Preenchimento Completo Obrigatório**

Centro de Saúde / Município solicitante \_\_\_\_\_

Paciente (**SEM ABREVIAR**) \_\_\_\_\_

CNS \_\_\_\_\_ RG ou CPF ou CERT NASC \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome de mãe: \_\_\_\_\_

Endereço \_\_\_\_\_

Bairro \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_

Cidade \_\_\_\_\_ Telefone (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Peso: \_\_\_\_\_ (solicitação de imunoglobulina)

Doença de base ou condição de risco \_\_\_\_\_

Imunobiológico(s)

solicitado(s) \_\_\_\_\_

Em caso de doenças pulmonares e cardíacas, informe a medicação utilizada e a dosagem prescrita:

Pneumonias de Repetição ? ( ) sim ( ) não Quantas no ano ? \_\_\_\_\_

Solicitada ao CRIE em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ por \_\_\_\_\_

Fone para contato (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**Para solicitação de imunoglobulina: ligar para discutir o caso antes de ir buscar.**

De segunda a sexta-feira das 8:30 às 16:00 ligar no CRIE (19) 3521-7720 / 3521-7506

Segunda a sexta-feira a partir das 16:00 h, sábados, domingos e feriados ligar na enfermaria de AMI e discutir o caso com o R2 (19) 3521-7574

Anexar: exame de HBSAg+ da mãe na retirada de Imunoglobulina para RN.

Acidente com material biológico: anexar obrigatoriamente sorologia de hepatite B do caso fonte e avaliação da vacinação do profissional acidentado.

Prematuros: relatório médico descritivo

LEVAR CAIXA DE ISOPOR COM TERMÔMETRO DE CABO EXTENSOR E GELOX.

**OS PEDIDOS NÃO SERÃO MAIS ATENDIDOS ATÉ ESTAREM COMPLETOS.**

**VER INDICAÇÕES NO SITE:** [www.cve.saude.sp.gov.br](http://www.cve.saude.sp.gov.br) Em Imunizações / CRIEs.

**Divisão de Vigilância Sanitária em Saúde do Trabalhador**

CEREST – Centro de Referência em Saúde do Trabalhador

Rua Anchieta, 88 – Jundiaí/SP CEP: 13.201-804

Fone/Fax: (11) 4521-8666

e-mail: [cerestjundiai@jundiai.sp.gov.br](mailto:cerestjundiai@jundiai.sp.gov.br)

Página 17 de 17