

INFORTUNI OCCUPAZIONALI A RISCHIO BIOLOGICO RILEVAZIONE AZIENDALE

A che cosa serve questa scheda:

La scheda ha lo scopo di raccogliere informazioni sugli incidenti a rischio infettivo che coinvolgono gli operatori sanitari. Le informazioni raccolte verranno utilizzate per capire quali sono le cause di rischio più importanti e frequenti, in modo tale da poter intervenire per ridurle o, quando possibile, eliminarle.

SEZIONE A dati generali

1. Ospedale/Distretto/Dipartimento.....

2. Operatore:

Cognome..... **Nome**

Data di nascita: __/__/__

3. Anzianità di servizio a /_/ / **m** /_/ /

Data dell'incidente __/__/__ **Ora dell'incidente:****Orario inizio turno:**

4. Da quante ore l'operatore era in servizio al momento dell'incidente?.....

5. Categoria professionale:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Medico | <input type="checkbox"/> Igienista dentale |
| <input type="checkbox"/> Borsista | <input type="checkbox"/> Ausiliario |
| <input type="checkbox"/> Infermiere/a | <input type="checkbox"/> O.S.S. |
| <input type="checkbox"/> Allievo/a infermiere | <input type="checkbox"/> Squadra esterna pulizie |
| <input type="checkbox"/> Infermiere di ass. domiciliare | <input type="checkbox"/> O.T.A. |
| <input type="checkbox"/> Fisioterapista respiratorio | <input type="checkbox"/> Ostetrica |
| <input type="checkbox"/> Laboratorista (escluso medico) | <input type="checkbox"/> Puericultrice |
| <input type="checkbox"/> Tecnico (escluso di laboratorio) | <input type="checkbox"/> Assistente Sanitario |
| <input type="checkbox"/> Dentista | <input type="checkbox"/> Altro, descrivere |

6. Area di lavoro

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Medicina generale | <input type="checkbox"/> Terapia intensiva/Rianimazione |
| <input type="checkbox"/> Chirurgia generale | <input type="checkbox"/> Comparto operatorio |
| <input type="checkbox"/> Spec. Med. (.....) | <input type="checkbox"/> Pronto soccorso |
| <input type="checkbox"/> Spec. Chir. (.....) | <input type="checkbox"/> Ass. domiciliare |
| <input type="checkbox"/> Malattie infettive | <input type="checkbox"/> Dialisi |
| <input type="checkbox"/> Endoscopia | <input type="checkbox"/> Ostetricia |
| <input type="checkbox"/> Lab. Biochimica | <input type="checkbox"/> Psichiatria |
| <input type="checkbox"/> Lab. Microbiologia | <input type="checkbox"/> Centro trasfusionale |
| <input type="checkbox"/> Radiologia | <input type="checkbox"/> SERT |
| <input type="checkbox"/> Odontoiatria | <input type="checkbox"/> altro, descrivere..... |

7. Dov'è avvenuto l'incidente? (barrare una sola casella)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> stanza del paziente | <input type="checkbox"/> Centro prelievi ematici |
| <input type="checkbox"/> fuori dalla stanza del paziente
(corridoio, medicheria, etc...) | <input type="checkbox"/> Aree di servizio (lavanderia, magazzini, etc.) |
| <input type="checkbox"/> Terapia intensiva | <input type="checkbox"/> domicilio paziente |
| <input type="checkbox"/> Sala operatoria | <input type="checkbox"/> altro, descrivere..... |
| <input type="checkbox"/> Ambulatorio | |

L'incidente è avvenuto in area diversa da quella di appartenenza? Si No

Specificare.....

SEZIONE B

Incidenti occupazionali per punture da ago o lesioni da altri oggetti taglienti

8. L'oggetto era contaminato da:
 sangue altro,specificare..... non contaminato non noto
9. Il paziente fonte è identificabile?
 SI NO
10. L'operatore conosceva lo stato sierologico del paziente prima dell'incidente? per HIV-Ab SI NO dato mancante
per Hbsag SI NO dato mancante per Anti-HCV SI NO dato mancante
11. L'operatore esposto era lo stesso che aveva utilizzato il presidio?
 SI NO
12. Per quale scopo era stato originariamente usato il presidio?
- 12.1 iniezione:
 01. intramuscolare
 02. sottocutanea
 03. endovenosa
 04. lavaggio con eparina o soluzione salina
 05. inoculazione con siringa nel set per infusione venosa o in PORT
 06. inserimento di ago connesso a set per infusione su linea endovenosa già in sede
 07. per fleboterapia o per stabilire un accesso vascolare (catetere vascolare, ago a farfalla)
- 12.2 prelievo:
 01. venoso diretto
 02. venoso in ago inserito su linea
 03. prelievo arterioso diretto
 04. prelievo arterioso in ago inserito su linea
 05. prelievo capillare
 06. prelievo per raccogliere un liquido corporeo un campione di tessuto
- 12.3
 01. sutura 02. incisione chirurgica 03. elettrocauterizzazione
- 12.4
 come contenitore di un campione o un farmaco (contenitore in vetro o provetta)
- 12.5
 procedure di laboratorio procedure odontoiatriche
- 12.6
 altro
13. L'incidente si è verificato:
- 13.1
 durante l'uso dell'oggetto (l'oggetto è scivolato tra le mani, il paziente si è mosso, etc.)
 durante le fasi di una procedura a più passaggi (tra iniezioni con dosi crescenti, passando strumenti etc.)
 smontando in più parti un presidio
 reincappucciando un ago usato
 estraendo un ago da un supporto in gomma o da altro materiale resistente
- 13.2
 durante il ricondizionamento di strumenti riutilizzabili (smistando, disinfettando, sterilizzando)
- 13.3
 dopo l'uso, e prima dell'eliminazione del presidio (durante il trasporto rifiuti, durante manovre di pulizia, da oggetto lasciato su letto/tavolo/ pavimento o altro luogo non appropriato, etc.)
 da oggetto lasciato sopra o in prossimità del contenitore per lo smaltimento
 durante l'eliminazione dell'oggetto nel contenitore per aghi e taglienti.
- 13.4
 dopo l'eliminazione, con un oggetto che fuoriesce dall'apertura del contenitore per aghi e taglienti
 dopo l'eliminazione, con un oggetto che ha forato una parete del contenitore per aghi e taglienti
 dopo l'eliminazione, oggetto che fuori esce dal sacco dei rifiuti o da un contenitore di rifiuti inappropriato
 altro
14. Quale dispositivo o oggetto ha causato la lesione? (Specificare il tipo di presidio utilizzato).....
15. La lesione è stata:
 superficiale (sanguinamento assente o minimo)
 moderata (cute perforata, modico sanguinamento spontaneo)
 profonda (puntura/ taglio profondo, profuso sanguinamento)
16. Il contenitore per aghi e taglienti, al momento dell'incidente, era a portata di mano?
 SI NO
17. L'ago o il tagliente ha attraversato una barriera prima di penetrare la cute?
 no camice
 guanto calze o calzari
 doppio guanto altro

SEZIONE C

Incidenti occupazionali da contaminazioni mucocutanee con sangue e materiali biologici

18. Materiale biologico coinvolto

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> sangue | <input type="checkbox"/> liquido peritoneale | <input type="checkbox"/> liquido pericardio |
| <input type="checkbox"/> vomito | <input type="checkbox"/> liquido sinoviale | <input type="checkbox"/> urina |
| <input type="checkbox"/> liquido cerebrospinale | <input type="checkbox"/> liquido pleurico | <input type="checkbox"/> altro |
| <input type="checkbox"/> succo gastrico | <input type="checkbox"/> liquido amniotico | |

19. Il paziente fonte è identificabile?

- SI NO

20. L'operatore conosceva lo stato sierologico per HIV-Ab, del paziente fonte prima dell'incidente?

- SI NO dato mancante

L'operatore conosceva lo stato sierologico per Hbsag, del paziente fonte prima dell'incidente?

- SI NO dato mancante

L'operatore conosceva lo stato sierologico per Anti-HCV del paziente fonte prima dell'incidente?

- SI NO dato mancante

21. L'esposizione è stato il risultato di:

- 21.1
 Esposizione diretta al paziente o a materiali /organi (durante intervento chirurgico, medicazioni, autopsia)
- 21.2 **perdita da contenitori:**
 contenitore di campione che perde (aperto, chiuso male o rotto),
 pompa-deflussore-linea venosa che perde (non connesso/a in modo appropriato)
- 21.3 **contatto:**
 contatto con strumento o con altro presidio (anche non medico-chirurgico) contaminato
 contatto con teli, lenzuola, camici, etc, contaminati
- 21.4 **schizzo:**
 schizzo durante inserimento/estrazione di catetere, drenaggio o assimilabili
 schizzo dovuto a disconnessione accidentale di presidio (anche tappo di provetta)
 schizzo durante disostruzione/svuotamento di catetere, drenaggio o assimilabili
 schizzo da oscillazione di materiale elastico (fasce chirurgiche rigide,mandrino di ago-cannula)
- 21.5
 durante pulizia di presidi, ambienti, etc.
- 21.6
 altro

22. La parte esposta era:

- cute integra
 cute non integra
 congiuntiva
 altra mucosa, descrivere.....
- 22.1 **Se cute non integra, condizioni dell'area cutanea al momento dell'incidente:**
- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> con soluzione di continuo | <input type="checkbox"/> paronichia |
| <input type="checkbox"/> escoriata | <input type="checkbox"/> pustole |
| <input type="checkbox"/> screpolata | <input type="checkbox"/> papule |
| <input type="checkbox"/> ulcerata | <input type="checkbox"/> acne |
| <input type="checkbox"/> infiammata | <input type="checkbox"/> altro (descrivere) |

23. Per quanto tempo il sangue o il liquido corporeo è stato in contatto con la cute o mucose dell'operatore?

- meno di 5 minuti
 5-14 minuti
 da 15 minuti a 1 ora
 più di 1 ora

24. Valutazione della quantità di sangue/ liquido corporeo venuta in contatto con la cute o mucose dell'operatore:

- piccola quantità (fino a 5 cc)
 modica quantità (fino a 50 cc)
 grande quantità (più di 50 cc)

SEZIONE D descrizione dell'incidente

25. Che dispositivi di protezione individuale erano stati usati al momento dell'incidente

- nessuno
- singolo paio di guanti: lattice vinile nitrile gomma
- doppio paio di guanti: lattice vinile nitrile
- occhiali di protezione
- schermo protettivo facciale
- mascherina chirurgica con visiera mascherina chirurgica facciale filtrante FFP2//FFP3

sopra la divisa:

- nulla
- camice in tessuto
- camice in TNT idrorepellente
- grembiule in plastica

calzari indossati:

- scarpe dotazione AUSL
- zoccoli dotazione AUSL
- altro

26. Misure immediate post-esposizione

Per esposizioni parenterali
L'operatore ha fatto sanguinare la ferita? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
L'operatore ha lavato la ferita? <input type="checkbox"/> Ha lavato la ferita con l'acqua <input type="checkbox"/> Ha lavato la ferita con acqua e sapone <input type="checkbox"/> Non ha lavato la ferita
L'operatore ha disinfettato la ferita? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Specificare il nome o il principio attivo del disinfettante:

Per esposizioni mucocutanee
L'operatore ha lavato la zona contaminata? <input type="checkbox"/> Ha lavato la zona contaminata con acqua <input type="checkbox"/> Ha lavato la zona contaminata con acqua e sapone <input type="checkbox"/> Non ha lavato la zona contaminata
Tempo impiegato per il lavaggio: <input type="checkbox"/> alcuni secondi <input type="checkbox"/> 5 minuti <input type="checkbox"/> 10 minuti
L'operatore ha disinfettato la zona contaminata? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Specificare il nome o principio attivo del disinfettante

L'operatore ha praticato profilassi antiretrovirale? NO SI Dato Mancante

Per quanto tempo ha assunto la terapia antiretrovirale?

L'operatore è stato inviato in consulenza presso le Malattie Infettive? NO SI Dato Mancante

Altre misure di profilassi (Ig specifiche, Vaccinazione):

27. Descrivere le circostanze che hanno portato all'incidente: (Esempio: Il paziente era agitato e mi ha urtato involontariamente, per cui.....; Il collega mi ha chiamato mentre collegavo.....; Ho forzato per estrarre uno strumento e.....; Mi è scivolato l'ago e ho tentato di recuperarlo.....; Il collega, agendo di fretta, ha abbandonato l'ago/tagliante etc.)

.....
.....
.....

A cura del compilatore:

a mio giudizio l'incidente ha caratteristiche di:

RIPETIBILITA'	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
PREVENIBILITA'	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
POTENZIALE GRAVITA'	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

Contattato S.P.P.A.: NO SI

Data: Firma Dipendente infortunato Firma Referente S.S.A.