

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO – UNIRIO  
HOSPITAL GAFFRÉE E GUINLE

ALEXMÁLIA FIORINI DA COSTA BALONECKER

WILLIAM CÉSAR ALVES MACHADO

CARMEM FERNANDES ALVES

GLÁUCIA RIBEIRO GONSALVES

KARLA REGINA OLIVEIRA MOURA RONCHINI

**PROTOCOLO PARA ACIDENTE COM MATERIAL BIOLÓGICO PARA A EQUIPE  
DE SAÚDE QUE ATUA NO INTRAOPERATÓRIO EM UM HOSPITAL DE ENSINO  
NO RIO DE JANEIRO**

RIO DE JANEIRO

2022

## SUMÁRIO

<b>1 APRESENTAÇÃO .....</b>	<b>7</b>
<b>1.1 Conceito .....</b>	<b>7</b>
<b>1.2 Finalidade .....</b>	<b>7</b>
<b>1.3 Público-Alvo .....</b>	<b>8</b>
<b>2 ATRIBUIÇÕES NA UNIDADE DE CENTRO CIRÚRGICO .....</b>	<b>9</b>
<b>3 MATERIAIS NECESSÁRIOS .....</b>	<b>13</b>
<b>4 O QUE DEVE SER FEITO ANTES DE COLETAR A AMOSTRA DE SANGUE? ...</b>	<b>15</b>
<b>5 PASSO A PASSO DA COLETA COM SERINGA E AGULHA .....</b>	<b>16</b>
<b>6 COLETA DE AMOSTRA POR PUNÇÃO DIGITAL / TESTE RÁPIDO (MS) .....</b>	<b>17</b>
<b>6.1 Teste Rápido .....</b>	<b>17</b>
<b>7 ATENÇÃO A PONTOS IMPORTANTES .....</b>	<b>19</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>27</b>
<b>APÊNDICE 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA PROFILAXIA PÓS-EXPOSIÇÃO NO CENTRO CIRÚRGICO .....</b>	<b>30</b>
<b>APÊNDICE 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA PROFILAXIA PÓS-EXPOSIÇÃO: PESSOA EXPOSTA .....</b>	<b>31</b>
<b>APÊNDICE 3 – TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE EXAMES LABORATORIAIS NO CENTRO CIRÚRGICO: PACIENTE FONTE .....</b>	<b>32</b>
<b>APÊNDICE 4 – TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE EXAMES LABORATORIAIS NO CENTRO CIRÚRGICO: PESSOA EXPOSTA .....</b>	<b>34</b>
<b>ANEXO 1 – FICHA DE ENCAMINHAMENTO PARA O CRIE .....</b>	<b>35</b>
<b>ANEXO 2 – FLUXOGRAMA DO TESTE RÁPIDO PARA HIV (MS) .....</b>	<b>36</b>
<b>ANEXO 3 – FLUXOGRAMA PARA INVESTIGAÇÃO DA HEPATITE B (MS) .....</b>	<b>37</b>
<b>ANEXO 4 – FLUXOGRAMA PARA INVESTIGAÇÃO DA HEPATITE C (MS) .....</b>	<b>38</b>
<b>ANEXO 5 – FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE EXAMES .....</b>	<b>40</b>

<b>ANEXO 6 – FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS.....</b>	<b>41</b>
<b>ANEXO 7 – INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO DO SINAN .....</b>	<b>43</b>
<b>ANEXO 8 – MODELO DE LAUDO REAGENTE NÃO PRESENCIAL (MS).....</b>	<b>46</b>
<b>ANEXO 9 – RAT: REGISTRO DE ACIDENTE DE TRABALHO.....</b>	<b>47</b>
<b>ANEXO 10 – SINAN ACIDENTE DE TRABALHO COM EXPOSIÇÃO A MATERIAL BIOLÓGICO. ....</b>	<b>49</b>

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1.</b> Fluxograma para indicação de PEP (Profilaxia Pós-exposição).....	20
<b>Figura 2.</b> Fluxograma de atendimento ao profissional no centro cirúrgico.....	21
<b>Figura 3.</b> Fluxograma do atendimento médico no centro cirúrgico .....	22
<b>Figura 4.</b> Fluxograma do teste rápido da pessoa exposta ao HIV .....	23
<b>Figura 5.</b> Fluxograma do teste rápido para HIV pessoa fonte .....	24
<b>Figura 6.</b> Fluxograma do teste rápido para hepatite B.....	25
<b>Figura 7.</b> Fluxograma do teste rápido para hepatite C.....	26

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

CAT	Comunicação de Acidente de Trabalho
CRIE	Centro de Referência de Imunobiológicos Especiais
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
HCV	Vírus da hepatite C
HCV	Vírus da hepatite C
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
MS	Ministério da Saúde
NIR	Núcleo Interno de Regulação
PEP	Profilaxia Pós-Exposição
POP	Procedimento Operacional Padrão
PROGEPE	Pró-Reitoria de Gestão de Pessoas
RAT	Registro de Acidente de Trabalho
RJU	Regime Jurídico Único
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SOST	Serviço de Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalho
SRPA	Sala de Recuperação Pós - Anestésica
TARV	Terapia Antirretroviral
TR	Teste Rápido
TR1	Teste Rápido Inicial
TR2	Teste Rápido Complementar
URAGIA	Unidade de Regulação Assistencial e Gestão da Informação Assistencial

## **1 APRESENTAÇÃO**

De acordo com Ministério da Saúde (MS), foram notificados 381.793 casos de HIV no país. Em 2020, foram diagnosticados 32.701 novos casos, dados que revelam um contexto preocupante para os profissionais de saúde que atuam na assistência (BRASIL, 2021c). Outros vírus preocupantes são os das hepatites B e C, visto que são as principais causas de hepatite crônica, cirrose hepática e carcinoma hepatocelular e outras complicações, representando, assim, um desafio de Saúde Pública para o Sistema Único de Saúde (SUS). No que tange à hepatite B, dados revelam que entre 1999 e 2020, o Brasil teve 254.389 pessoas diagnosticadas com a doença. Quanto ao vírus hepatite C, o número de pessoas infectadas foi de 262.815 (BRASIL, 2021b). Diante do cenário revelado pelo Ministério da Saúde, o profissional de saúde precisa ter a garantia da assistência em casos de exposição aos vírus supracitados, conforme o manual elaborado pelo próprio MS. A unidade de centro cirúrgico se constitui como uma unidade com elevada ocorrência de acidentes com exposição a material biológico. Tal situação justifica-se pelo fato de se tratar de um setor que, frequentemente e de modo contínuo, expõe os profissionais a contato direto com material biológico dos pacientes, seja pelo próprio ato anestésico cirúrgico, seja pelos resíduos sólidos e líquidos contaminados (PEREIRA et al., 2021; SOUZA, 2020; QUIXABEIRO; HENNINGTON, 2020). Este protocolo tem como objetivo gerenciar e otimizar o atendimento à equipe de saúde que atua no intraoperatório em um hospital de ensino. A aplicabilidade deste protocolo na unidade de centro cirúrgico vai ocasionar assistência ao profissional de forma prática e rápida maior segurança ao paciente, visto que o tempo da interrupção da cirurgia para o atendimento do profissional será menor.

### **1.1 Conceito**

Considera-se acidente de trabalho com exposição a material biológico todo acidente que exponha qualquer categoria profissional de forma direta ou indireta a materiais orgânicos potencialmente contaminados por patógenos.

### **1.2 Finalidade**

Este instrumento tem como objetivo gerenciar o atendimento de exposição a material biológico que possa ocorrer no período intraoperatório no centro cirúrgico desta instituição. Este protocolo se aplica à ocorrência de acidente com material biológico ocorrido entre 7h e 19h.

### **1.3 Público-Alvo**

Profissionais expostos a material biológico no centro cirúrgico durante o intraoperatório como:

- a) médicos cirurgiões;
- b) médicos anestesiastas;
- c) residentes de cirurgia;
- d) residentes de anestesia;
- e) auxiliares de enfermagem;
- f) técnicos de enfermagem;
- g) instrumentadores;
- h) enfermeiras;
- i) acadêmicos de medicina;
- j) residentes de enfermagem.



## **2 ATRIBUIÇÕES NA UNIDADE DE CENTRO CIRÚRGICO**

### Profissional Acidentado:

1. Informar a equipe envolvida no procedimento sobre o acidente;
2. Retirar-se do campo operatório e em seguida se despamamentar;
3. Se o acidente for percutâneo ou cutâneo, lavar exaustivamente a área exposta com água e sabão. Outras soluções antissépticas degermantes podem também ser usadas;
4. Quando a exposição envolver mucosa, assim como, olho, nariz e boca, recomenda-se lavar exaustivamente com água ou solução salina fisiológica;
5. Conferir no prontuário do paciente a presença do termo de consentimento em caso de exposição a material biológico e verificar se o paciente autorizou a realização dos exames;
6. Solicitar ao profissional da anestesia para coletar o sangue do paciente;
7. Dirigir-se à enfermeira plantonista para solicitar a coleta de sangue e para realização de testes rápidos que será realizada na Sala de Recuperação Pós-Anestésica (SRPA).

OBS: Na ausência da autorização do paciente para coleta de sangue, aguardar o despertar do paciente para solicitar.

### Médico responsável pelo atendimento no setor (coordenador da anestesia) ou no SPA:

Médico responsável pelo atendimento no setor: Coordenador da anestesia

Dirigir-se à sala da enfermagem e avaliar as seguintes características do acidente:

1. O tipo de material biológico envolvido;
2. O tipo de exposição;
3. O tempo transcorrido entre a exposição e o atendimento médico;
4. Qual é o tipo de agente?
5. O profissional usava EPIs?
6. Qual a situação vacinal do acidentado em relação a hepatite B?
7. O cliente já possui sorologia conhecida para o HIV, Hepatite B ou C?

8. O profissional acidentado é não reagente para o HIV no momento do atendimento?
9. Conferir no prontuário do paciente a presença do termo de consentimento em caso de exposição a material biológico e verificar se o paciente autorizou a realização dos exames;
10. Verificar no prontuário do paciente-fonte se ele possui sorologias conhecidas para o vírus hepatite B, C e HIV;
11. Quando o atendimento ao profissional ocorrer dentro do centro cirúrgico, o médico deve preencher os documentos (formulários) e seguir o esquema atual estabelecida pelo Ministério da saúde para Profilaxia Pós-Exposição ao HIV (PEP);
12. O formulário do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) deverá ser deixado na sala da enfermagem (na pasta específica de acidentes). Deverá ser devidamente preenchido, datado e assinado pelo profissional médico que realiza o atendimento para posterior entrega na supervisão de enfermagem e recolhido pela Unidade de Vigilância em Saúde (UVS).
13. Quando o esquema de antirretroviral para Profilaxia Pós-Exposição for indicado, este deverá ser retirado na farmácia do centro cirúrgico com o formulário para solicitação de medicamentos para profilaxia conforme o MS preconiza. Deverá estar devidamente preenchido e carimbado pelo médico que realizou atendimento para que seja realizada a dispensação da medicação;
14. O profissional que tiver indicação do uso de imunoglobulina anti-hepatite B deverá ser encaminhado ao Centro de Referência de Imunobiológicos Especiais (CRIE) pelo médico responsável pelo atendimento com a ficha devidamente preenchida, assinada e carimbada;
15. O médico deverá orientar sobre a importância da vacinação da hepatite B. Aquele com indicação deve ser orientado a realizar a primeira dose, se possível, no dia do atendimento, preferencialmente, dentro das 24 horas da exposição;
16. O profissional deve comparecer ao Serviço de Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalho (SOST) com o Registro de Acidente de Trabalho (RAT) dentro de 24 horas para emissão do Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT). (Para servidores da EBSERH será aberto o CAT; para servidores do Regime Jurídico Único (RJU), o SOST após o atendimento fará contato com o setor responsável, que, nesse caso, é a PROGEPE);
17. No caso de fonte positiva, o acidentado será encaminhado à Unidade de Regulação Assistencial e Gestão da Informação Assistencial (URAGIA - NIR) para agendamento da consulta de acompanhamento pós-acidente com material biológico em ambulatório com infectologista.

### Enfermeiro do setor

1. Acolher com humanização a pessoa exposta;
2. Realizar a coleta de sangue venoso do profissional exposto, na SRPA;
3. Realizar o teste rápido da pessoa fonte que tenha autorizado previamente a realização do teste em caso de acidente;
4. Encaminhar ao laboratório o sangue da pessoa exposta em tubo vermelho ou amarelo;
5. Registrar no impresso do teste rápido (TR) da pessoa fonte, entregar uma cópia para o profissional exposto e colocar a original no prontuário do paciente;
6. Registrar no livro de resultados do TR o resultado da pessoa fonte;
7. Após o procedimento cirúrgico, encaminhar o profissional exposto ao SPA para atendimento. Entregar ao profissional exposto a cópia do resultado do teste do paciente-fonte;
8. Quando o atendimento for realizado no centro cirúrgico, solicitar a presença do coordenador da anestesia na sala de enfermagem e encaminhar o profissional exposto para o atendimento na sala de enfermagem.

### **OBSERVAÇÃO:**

- Avaliar o estado clínico do paciente, o tipo de exposição e a forma como ocorreu o acidente, com o intuito de, que a terapia antirretroviral seja iniciada o mais precocemente possível independentemente do resultado de exame.
- O teste rápido será feito dentro do centro cirúrgico quando o profissional de saúde exposto solicitar, devendo a autorização ser por escrito.

### Técnico de farmácia

Fornecer os antirretrovirais para o profissional acidentado mediante a prescrição médica assinada e carimbada por um médico do setor ou do plantão geral.

### SOST

Após o acidente, o setor dará prosseguimento aos encaminhamentos cabíveis dos acidentes de trabalho com material biológico.

### Laboratório

Após as 19 horas, finais de semana e feriados, o laboratório realizará a coleta e o processamento da amostra, com resultado liberado no sistema no máximo em 40 minutos para início da conduta médica.

### 3 MATERIAIS NECESSÁRIOS

#### Para realização do protocolo

- ☐ Caneta esferográfica azul ou preta;
- ☐ Prontuário do paciente-fonte;
- ☐ Tubo roxo, amarelo ou vermelho para coleta de sangue;
- ☐ Kit de teste rápido para HIV, hepatite B e C;
- ☐ Livro para registro dos resultados dos testes rápidos;
- ☐ Pasta.

#### Impressos e Formulários Necessários

- ☐ Impresso de solicitação de exames;
- ☐ Impresso do SINAN;
- ☐ Impresso do RAT;
- ☐ Impresso de solicitação de exames;
- ☐ Impresso do teste rápido;
- ☐ Formulário de solicitação de medicamentos – profilaxia;
- ☐ Ficha do Centro de Referência de Imunobiológicos (CRIE).

#### Para coleta do sangue

- ☐ Equipamentos de proteção individual (EPIs): Luvas descartáveis, óculos ou protetor facial, máscara, avental ou capote, sapato fechado e impermeável;
- ☐ Luvas descartáveis;
- ☐ Garrote;
- ☐ Seringa descartável de 20 ml;
- ☐ Agulha descartável 25 mm x 0.70 mm e 30 mm x 0.80mm;
- ☐ Álcool 70%;
- ☐ Gaze ou algodão hidrófilo;
- ☐ Etiquetas para identificação de amostras;

- ☐ Bandagem ou curativos;
- ☐ Recipientes de parede rígidas e próprio para desprezar material perfurocortante.

**4 O QUE DEVE SER FEITO ANTES DE COLETAR A AMOSTRA DE SANGUE?**

1. Separar todo o material que será utilizado;
2. Higienizar as mãos com água e sabão;
3. Identificar o tubo para colocação da amostra do paciente fonte. Escreva na etiqueta os dados do paciente: nome, número do prontuário, data de nascimento sexo, data da coleta;
4. Colocar EPIs (máscara, óculos, avental e luvas de procedimento).

## 5 PASSO A PASSO DA COLETA COM SERINGA E AGULHA

1. Higienizar as mãos;
2. Calçar luvas;
3. Ajustar o garrote, escolher o melhor local de punção, apalpar a veia mais calibrosa e menos móvel. Peça para fechar a mão;
4. Abrir e retirar a seringa do envelope, empurrar o êmbolo para permitir o deslizamento sem dificuldade;
5. Abrir a embalagem que contém a agulha e encaixar na seringa;
6. Fazer a antisepsia do local da coleta com algodão ou gaze umedecida em álcool a 70%. Não tocar mais no local desinfetado;
7. Retirar a capa da agulha e fazer a punção com o bisel virado para cima;
8. Soltar o garrote assim que o sangue começar a fluir na seringa, peça o usuário para abrir a mão;
9. Coletar de 5 a 10 ml de sangue (um tubo cheio);
10. Aspirar lentamente o sangue da veia;
11. Remover agulha da veia. Solicitar ao usuário que faça pressão sobre o local da punção com gaze ou algodão seco;
12. Acionar imediatamente o dispositivo de segurança da agulha;
13. Orientar o paciente a pressionar com algodão ou gaze a parte puncionada por no mínimo três minutos, mantendo o braço estendido sem dobrá-lo;
14. Transferir o sangue para o tubo de ensaio vermelho ou amarelo escorrendo delicadamente o sangue pela parede do tubo. Este procedimento evita a hemólise da amostra;
15. Descartar a seringa com agulha no local apropriado para perfucortante;
16. Descartar os rejeitos produzidos na coleta de acordo com as normas estabelecidas para o trato de lixo hospitalar e conforme o protocolo da instituição;
17. Executar o procedimento com maior agilidade possível, evitando assim alterações no processo de coagulação;
18. Higienizar as mãos.



## **6 COLETA DE AMOSTRA POR PUNÇÃO DIGITAL/TESTE RÁPIDO (MS)**

1. Higienizar as mãos com água e sabão;
2. Calçar luvas;
3. Escolher a ponta do dedo médio, anelar ou indicador, ou o dedo que tiver menos calosidade;
4. Se a mão do usuário estiver muito fria, aquecer a mão massageando-a ativamente ou, se possível, utilizar uma toalha umedecida em água quente;
5. Posicionar-se em frente ao usuário;
6. Segurar a mão do usuário com a palma para cima, numa altura abaixo do cotovelo;
7. Pressionar levemente a mão na direção do punho para o dedo onde será realizada a coleta;
8. Fazer a antisepsia no local da coleta do dedo com gaze ou algodão embebido em álcool a 70%;
9. Deixar o álcool secar espontaneamente;
10. Pressionar firmemente a lanceta contra o dedo e perfure a pele;
11. Desprezar a lanceta em recipiente para descarte de material perfurocortante;
12. Pressionar o dedo do usuário próximo ao local da punção para formar uma gota de sangue;
13. Manter a mão do usuário levemente inclinada para evitar que a gota escorra;
14. Colocar a quantidade necessária de amostra utilizando o coletor que acompanha o conjunto diagnóstico ou kit. Evite a formação de bolhas no coletor;
15. Aplicar a amostra no dispositivo do teste no local indicado pelo fabricante do conjunto diagnóstico ou kit;
16. Desprezar o coletor em recipiente para descarte de material potencialmente infectante;
17. Cobrir com gaze ou algodão o local puncionado e solicite que o usuário faça pressão no local;
18. Higienizar as mãos com água e sabão.

### **6.1 Teste Rápido**

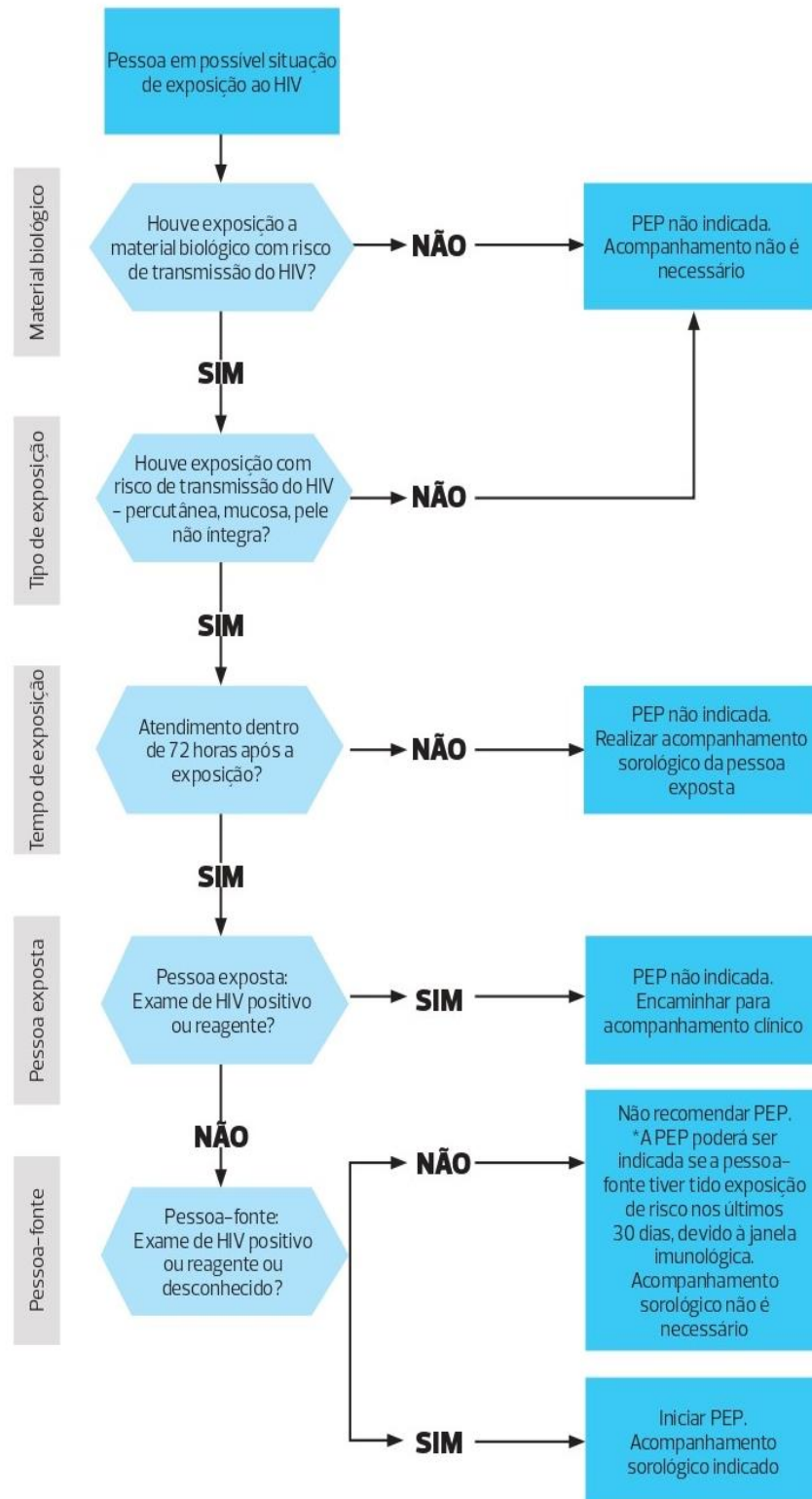
- Ler a orientação do fabricante;

- Realizar o teste;
- Registrar no formulário o resultado do TR do paciente-fonte;
- Registrar no livro de controle do teste rápido;
- Em caso de intercorrências, registrar em formulário específico (São consideradas intercorrências avarias no kit, resultados inválidos ou apresentação de resultados falsos.).

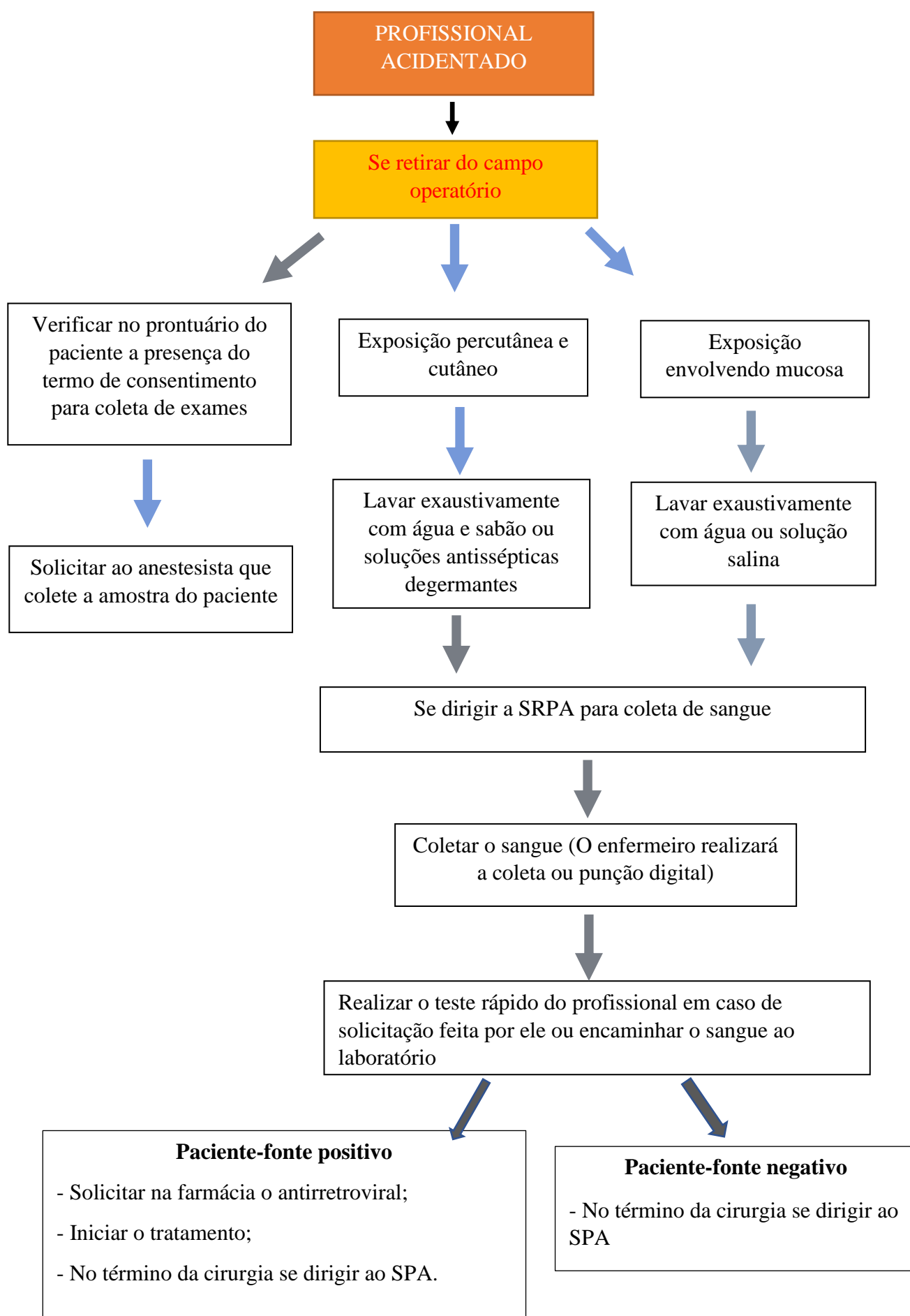
## 7 ATENÇÃO A PONTOS IMPORTANTES

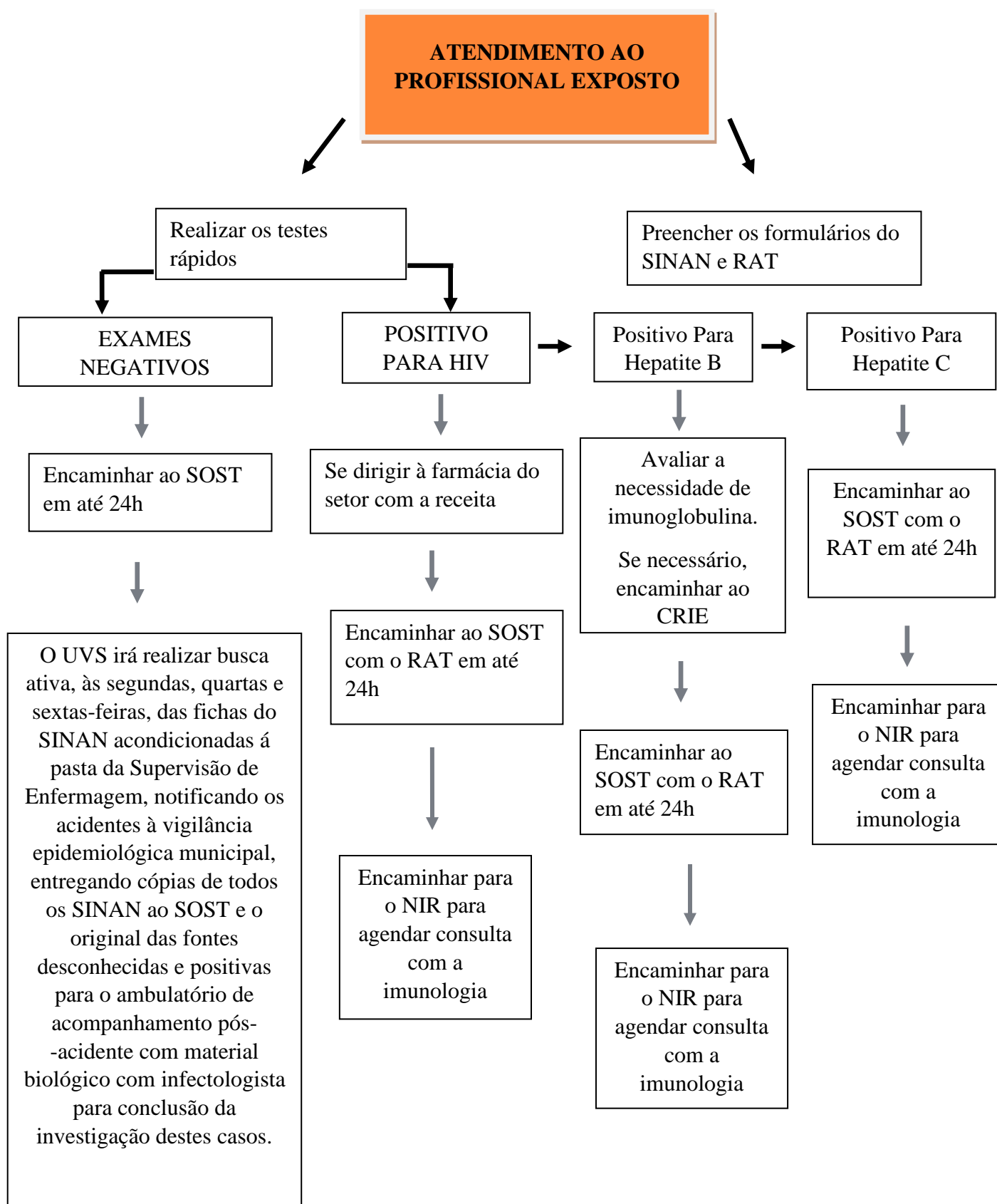
- A profilaxia para o HIV é uma urgência e deve ser iniciada o mais precocemente possível, preferencialmente nas primeiras duas horas, tendo como limite as 72 horas subsequentes à exposição;
- O tubo utilizado para coleta para exames no setor é o roxo; quando o exame for enviado ao laboratório, o exame deve ser coletado em tubo amarelo ou vermelho;
- Os profissionais envolvidos no atendimento como enfermeiros e médicos devem estar disponíveis para realizar o acolhimento e atendimento conforme o POP;
- O profissional deve ser assistido como paciente, pois, a partir do momento que ele se acidenta, a assistência prestada deve ter esse princípio;
- O formulário do SINAN deve ser preenchido pelo médico, sendo os dados os mais fidedignos possíveis;
- Quando houver indicação para Imunoglobulina humana contra a hepatite B (IGHAHB), orientar o profissional a realizá-la preferencialmente nas primeiras 48 horas. Diante da impossibilidade, pode ser administrada no máximo em até sete dias;
- Os profissionais com indicação para vacinação devem ser orientados a procurar uma unidade com disponibilidade da vacina preferencialmente dentro das 24 horas da exposição;
- A solicitação de exames sorológicos deve ser feita em impresso próprio, separadamente para o profissional e para o paciente-fonte, e deverá ser assinada e carimbada;
- Seguir o esquema atual do MS para prescrever a PEP;
- O profissional que tiver indicação de iniciar a Terapia Antirretroviral (TARV) deve ser orientado a procurar atendimento médico, na presença de quaisquer sinais e sintomas clínicos que possam sugerir toxicidade medicamentosa;
- Orientar o profissional que iniciou a TARV a comparecer no ambulatório da imunologia 15 dias após seu início para avaliação médica e solicitação de exames complementares conforme os anexos 15;
- Para acidente com material biológico que ocorrer entre 19h e 7h, finais de semana e feriados, seguir o POP da instituição para atendimento em caso de acidentes com exposição a material biológico;

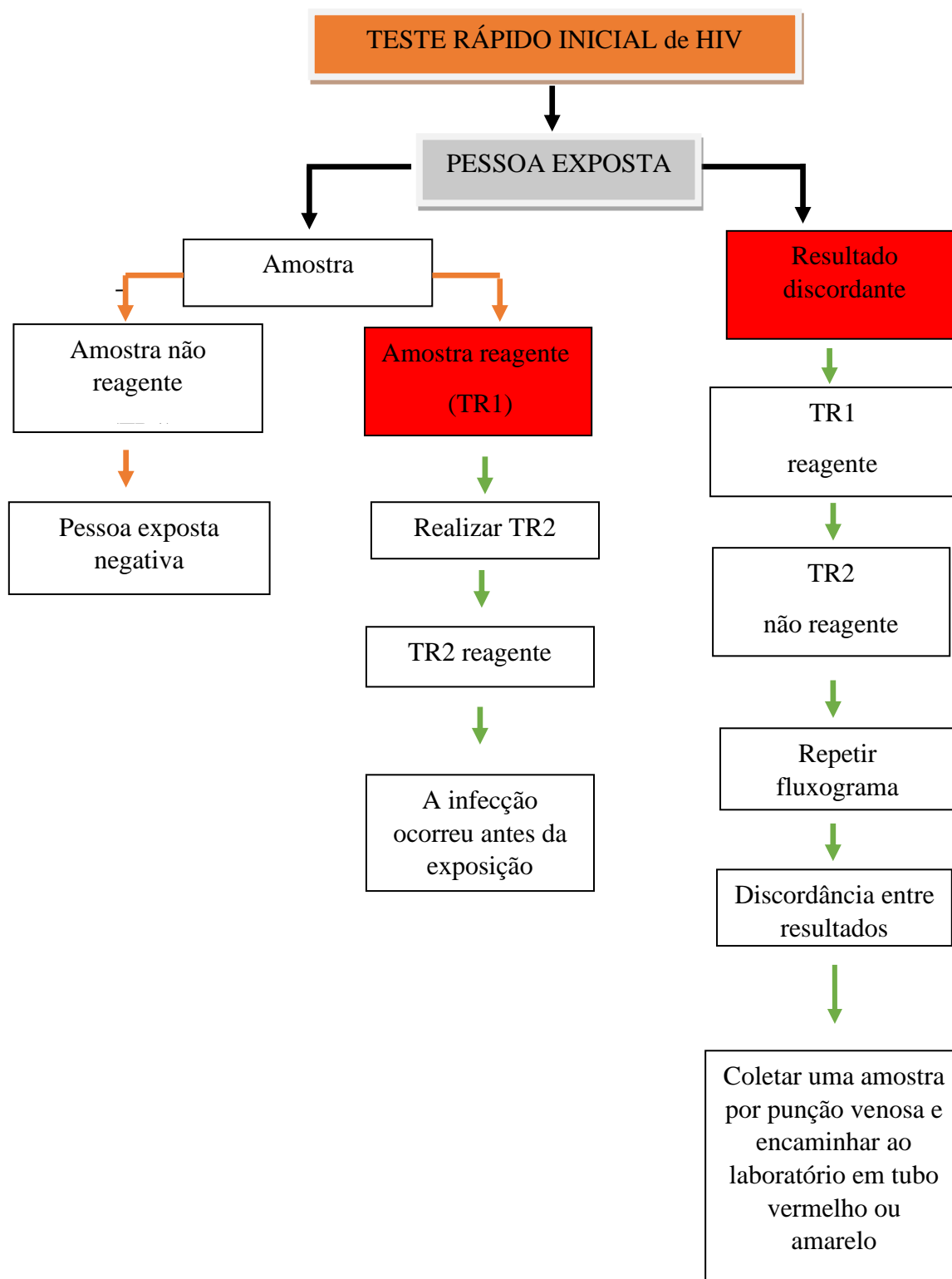
**Figura 1.** Fluxograma para indicação de PEP (Profilaxia Pós-exposição)



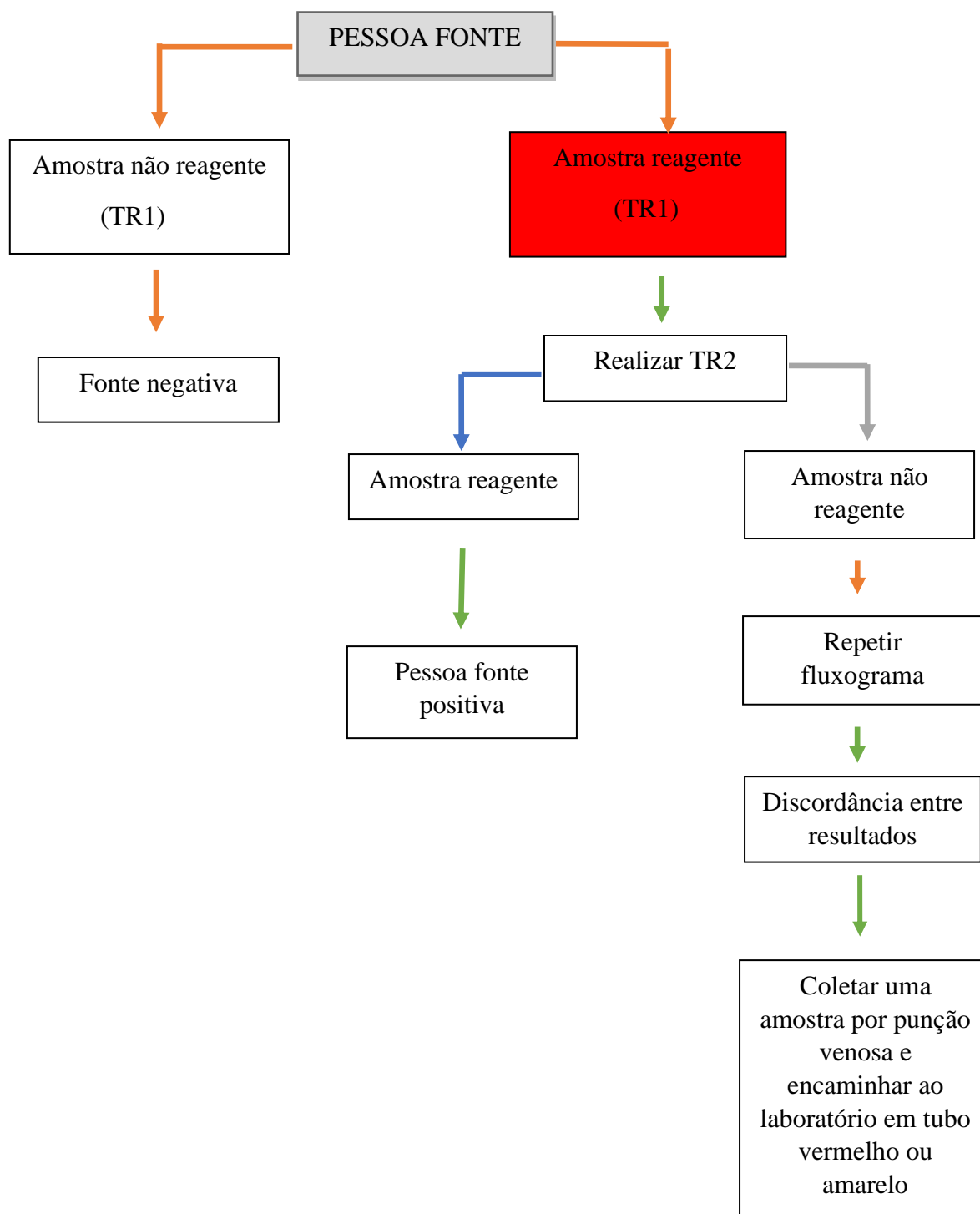
Fonte: DCCI/SVS/MS.

**Figura 2.** Fluxograma de atendimento ao profissional no centro cirúrgico

**Figura 1.** Fluxograma do atendimento médico no centro cirúrgico

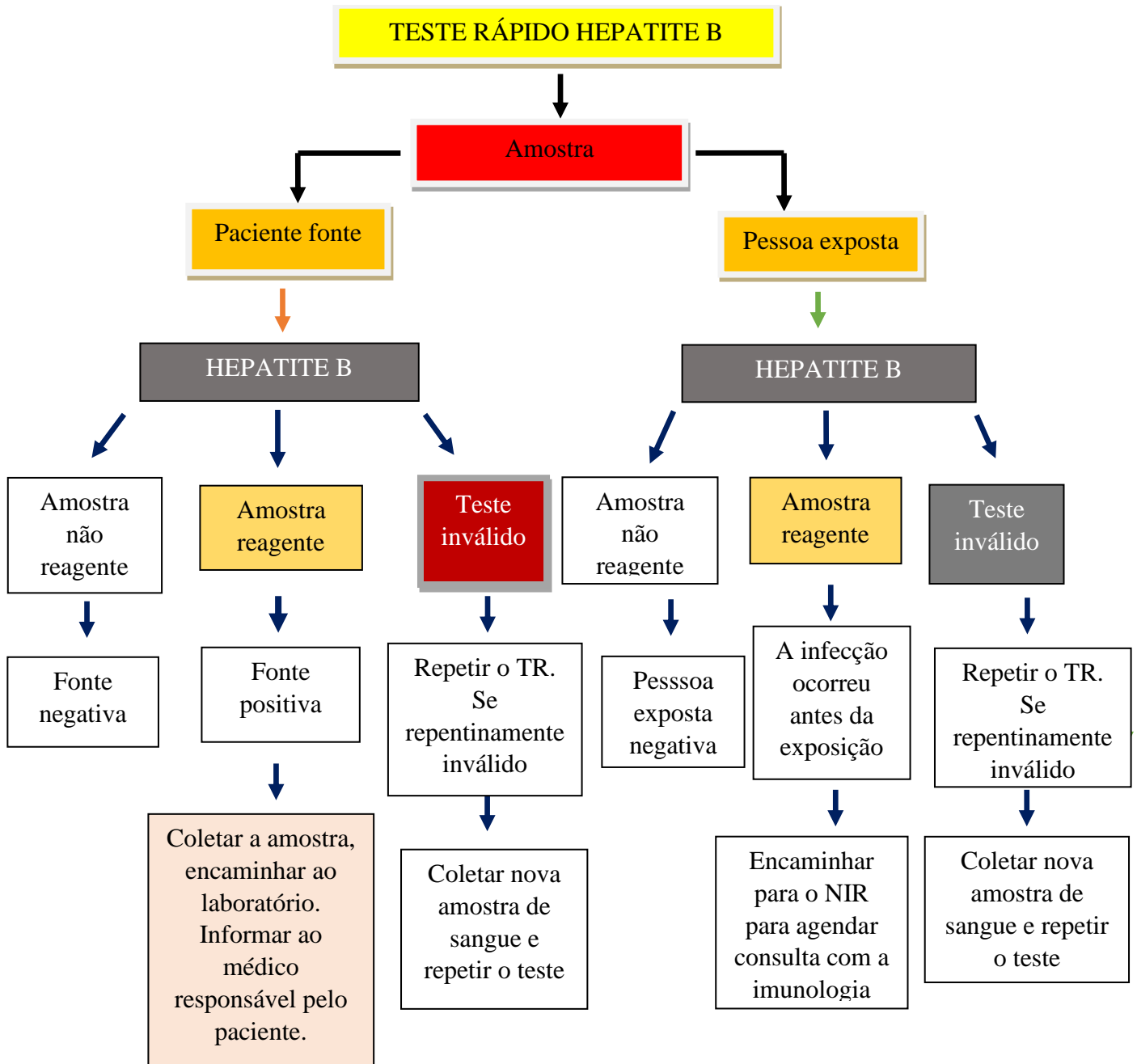
**Figura 4.** Fluxograma do teste rápido da pessoa exposta ao HIV

**Fonte:** Ministério da saúde, 2021.

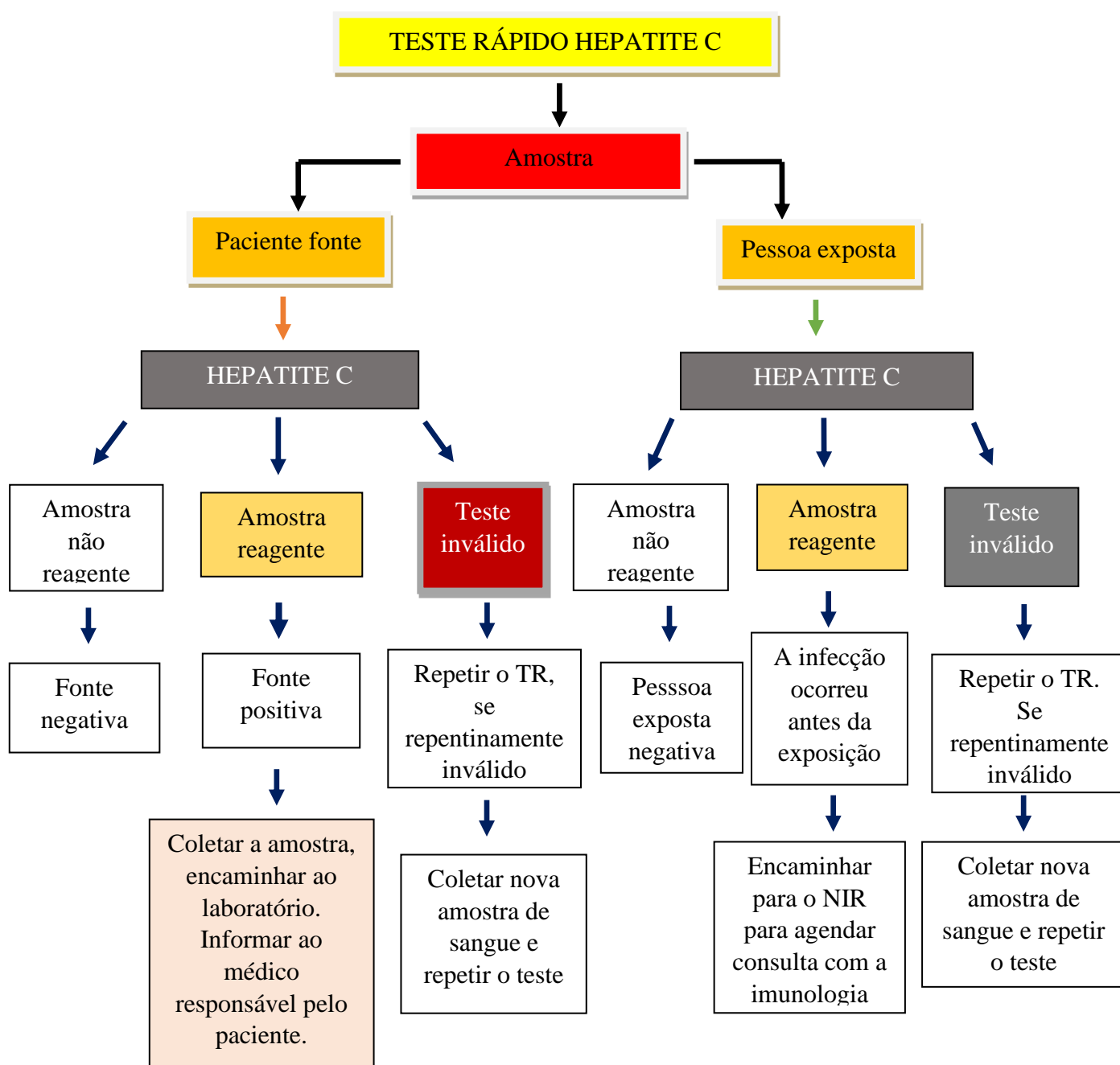
**Figura 5.** Fluxograma do teste rápido para HIV pessoa fonte

**Fonte:** Ministério da saúde, 2021.



**Figura 6.** Fluxograma do teste rápido para hepatite B

**Fonte:** Ministério da saúde, 2021.

**Figura 7.** Fluxograma do teste rápido para hepatite C

**Fonte:** Ministério da saúde, 2021.

## REFERÊNCIAS

ALVES, C. F.; GONÇALVES, G.B. **Elaboração do Procedimento Operacional Padrão: Atendimento em Caso de Acidente com Exposição a Material Biológico**. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro: Hospital Universitário Gaffrée e Guinle: Empresa Brasileira de Serviços hospitalares, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual Técnico para o Diagnóstico das Hepatites Virais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/manual-tecnico-para-o-diagnostico-das-hepatites-virais>. Acesso em: 08 jun, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV em Adultos e Crianças**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/node/57787>. Acesso em: 08 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Perguntas Frequentes PEP. Portal do Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis, 2022. Disponível em: [http://www.aids.gov.br/pt-br/aceso\\_a\\_informacao/faq/pep](http://www.aids.gov.br/pt-br/aceso_a_informacao/faq/pep) Acesso em: 08 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.271, de 6 junho de 2014**. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória Doenças Agravos e eventos de Saúde Pública Nos Serviços de saúde públicos e Privados em Todo Território Nacional Nos termos do Anexo, e das Outras Providencias de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271\\_06\\_06\\_2014.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271_06_06_2014.html). Acesso em: 9 fev.2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para profilaxia pós-exposição (PEP) de risco à infecção pelo HIV, IST e hepatites virais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021a. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2021/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-profilaxia-pos-exposicao-pep-de-risco>. Acesso em: 4 jun, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico: Hepatites Virais/2021**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021b. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2021/boletim-epidemiologico-hepatites-virais-2021>. Acesso em: 13 jun, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico: HIV/AIDS/2021**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021c. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2021/boletim-epidemiologico-hivaids-2021>. Acesso em: 13 jun, 2022.

BRASIL. Ministério do Trabalho. **Portaria MTb n.º 485, de 11 de novembro de 2005**. Aprova a Norma Regulamentadora nº 32 (Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Saúde). Brasília, DF: Ministério do Trabalho, 2005. Disponível em: <https://www.gov.br/trabalho-e-previdencia/pt-br/composicao/orgaos-especificos/secretaria-de-trabalho/inspecao/seguranca-e-saude-no-trabalho/normas-regulamentadoras/nr-32.pdf/view> Acesso em: 09 de maio 2022.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Stop Sticks Campaign . *In: NORA Homepage*, 26 fev. 2019. Disponível em: <https://www.cdc.gov/nora/councils/hcsa/stopsticks/bloodborne.html> Acesso em: 17 fev, 2022.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Updated U.S. Public Health Service guidelines for the management of occupational exposures to HIV and recommendations for Postexposure Prophylaxis. **MMWR**, v. 54, n. RR-9, 2005. Disponível em: <https://stacks.cdc.gov/view/cdc/6646>. Acesso em: 17 jun. 2022

CENZI, C. M.; MARZIALE, M. H. P. Desenvolvimento de aplicativo móvel, estruturado no autocuidado, para profilaxia pós-exposição ocupacional a material biológico. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, supl. 5, 2020. Disponível em: [https://www.scielo.br/j/reben/a/bdzHG9rdzKjPkhFmcPt6FLq/abstract/?lang=pt\\_](https://www.scielo.br/j/reben/a/bdzHG9rdzKjPkhFmcPt6FLq/abstract/?lang=pt_) Acesso em: 9 fev. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (Brasil). **Parecer de Câmara Técnica nº 12/2020/CTAS/COFEN2020**. Prescrição de Medicamentos para Profilaxia Pós Exposição ao HIV (PEP) e Profilaxia Pré Exposição ao HIV (PrEP) por Enfermeiros. Brasília, DF: COFEN, 6 maio 2020. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/81126\\_81126.html#:~:text=O%20Parecer%20Cofen%20n%C2%B0,exame%20para%20confirma%C3%A7%C3%A3o%20diagn%C3%B3stica%2C%20encaminhamentos%2C](http://www.cofen.gov.br/81126_81126.html#:~:text=O%20Parecer%20Cofen%20n%C2%B0,exame%20para%20confirma%C3%A7%C3%A3o%20diagn%C3%B3stica%2C%20encaminhamentos%2C) Acesso em: 14 jun 2022

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Enfermeiro passa a realizar testes rápidos de HIV, sífilis e hepatites virais. *In: COFEN [site]*, 7 fev. 2013. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/enfermeiro-passa-a-realizar-testes-rapidos-de-hiv-sifilis-e-hepatites-virais\\_18177.html](http://www.cofen.gov.br/enfermeiro-passa-a-realizar-testes-rapidos-de-hiv-sifilis-e-hepatites-virais_18177.html). Acesso em: 01 jun. 2022.

FLEURY, M. K. **Manual de Coleta em laboratório Clínico**. 3 ed. Rio de Janeiro: PNCQ, 2019. Disponível em: [https://pncq.org.br/wp-content/uploads/2020/05/PNCQ-Manual\\_de\\_Coleta\\_2019-Web-24\\_04\\_19.pdf](https://pncq.org.br/wp-content/uploads/2020/05/PNCQ-Manual_de_Coleta_2019-Web-24_04_19.pdf) Acesso em: 08 jun.2022.

PEREIRA, M. S. *et al.* Acidentes de Trabalho com Exposição a Materiais Biológicos entre Trabalhadores no Norte de Minas Gerais. **Revista online de pesquisa Cuidado é fundamental**, v. 13, p. 1122-128, jan./dez. 2021. Disponível em: <http://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/9017/10192>. Acesso em: 04 maio 2022.

QUIXABEIRO, E. L.; HENNINGTON, E. A. Exposições ocupacionais a material perfurocortante em um hospital federal. **Revista brasileira de medicina do trabalho**, v. 18, n. 4, p. 381-389, 2020. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/rbmt.org.br/pdf/v18n4a04.pdf>. Acesso em: 12 maio 2022

SANTANA, R. S. et al. Percepções da Equipe de Enfermagem Sobre Acidentes COM Materiais Perfurocortantes Em Um Centro Cirúrgico. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research – BJSCR**, v. 24, n. 3, p. 60-65, set./nov. 2018. Disponível em: [https://www.mastereditora.com.br/periodico/20181103\\_224245.pdf](https://www.mastereditora.com.br/periodico/20181103_224245.pdf). Acesso em: 29 jan. 2022.

SECRETARIA DE INSPEÇÃO DO TRABALHO. Portaria SIT/DSST nº 25, de 15 de outubro de 2001. Altera a Norma Regulamentadora que trata de Equipamento de Proteção Individual - NR 6 e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 17 out. 2001.

Disponível em: <https://www.gov.br/trabalho-e-previdencia/pt-br/composicao/orgaos-especificos/secretaria-de-trabalho/inspecao/seguranca-e-saude-no-trabalho/normas-regulamentadoras/nr-06.pdf>. Acesso em: 09 maio 2022.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE (Rio de Janeiro). Centro de Referência para Imunobiológicos Especiais. *In*: Portal Rio Prefeitura, jun. 2022. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/exibeconteudo?id=4102961>. Acesso em: 6 jun. 2022.

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO. Notificação Individual. *In*: **Portal SINAN**, 11 fev. 2020. Disponível em: <http://portalsinan.saude.gov.br/notificacoes>. Acesso em: 03 jun. 2022

SOUZA, I. S. (org.). **Ciências da saúde no Brasil: impasses e desafios 4**. Pará: Atena, 2020. Disponível em: <https://educapes.capes.gov.br/bitstream/capes/581007/1/Ci%C3%A7ncias%20da%20Sa%C3%BAde%20no%20Brasil%20Impasses%20e%20Desafios%204.pdf>. Acesso em: 07 maio 2022.

## **APÊNDICE 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA PROFILAXIA PÓS-EXPOSIÇÃO NO CENTRO CIRÚRGICO**

### **TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA RECUSA DA PROFILAXIA PÓS-EXPOSIÇÃO PESSOA EXPOSTA**

Eu \_\_\_\_\_, data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_,  
declaro estar ciente de que este serviço segue a orientação do Ministério da Saúde para a  
Profilaxia Pós-Exposição (PEP) a material biológico e que :

1. Existe risco de transmissão do HIV pós-exposição ocupacional;
2. A PEP deve ser iniciada o mais precocemente possível, preferencialmente nas primeiras duas horas não ultrapassando as 72 horas;
3. O esquema antirretroviral foi indicado;
4. O conhecimento sobre a profilaxia pós-exposição ocupacional ao HIV é limitado;
5. Não existem dados suficientes quanto a toxicidade em pessoas sem infecção pelo HIV ou que estejam; grávidas;
6. O uso de preservativos em todas as relações sexuais deve ser estabelecido;
7. Há contraindicação para doação de sangue, órgão e tecidos ou esperma;
8. É importante a prevenção da gravidez;
9. Fui orientado sobre a importância de marcar a consulta com infectologista para o acompanhamento no Ambulatório da Imunologia para realização de exames de controle.

Nome do profissional: \_\_\_\_\_.

CPF: \_\_\_\_\_.

Categoria profissional: \_\_\_\_\_.

Matrícula: \_\_\_\_\_.

Rio de Janeiro, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Assinatura: \_\_\_\_\_.

## **APÊNDICE 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA PROFILAXIA PÓS-EXPOSIÇÃO: PESSOA EXPOSTA**

Este serviço segue a orientação do Ministério da Saúde para a Profilaxia Pós-Exposição (PEP) a material biológico. Durante o tratamento com os antirretrovirais, você pode apresentar efeitos adversos. Os sintomas em geral são inespecíficos, leves, autolimitados, tais como: efeitos gastrointestinais, cefaleia e fadiga. Na presença de quaisquer sinais e sintomas clínicos que possam sugerir toxicidade medicamentosa grave, você deve procurar atendimento. Declaro estar ciente que:

1. Existe risco da transmissão do HIV pós-exposição ocupacional;
2. A PEP deve ser iniciada o mais precocemente possível preferencialmente nas primeiras duas horas, não ultrapassando as 72 horas;
3. O esquema antirretroviral que está indicado;
4. Que os conhecimentos sobre a quimioprofilaxia tratamento pós-exposição ocupacional ao HIV são limitados;
5. Não existem dados suficientes quanto a toxicidade em pessoas sem infecção pelo HIV ou que estejam grávidas;
6. Medidas de prevenção de infecção pelo HIV são indicadas, como uso de preservativo em todas as relações sexuais,
7. Da contraindicação para doação de sangue, órgão e tecidos ou esperma;
8. Da importância da prevenção da gravidez;
9. Fui orientado sobre a importância de marcar a consulta com o infectologista, para o acompanhamento no Ambulatório da Imunologia para realização de exames de controle.

Nome do profissional: \_\_\_\_\_.

CPF: \_\_\_\_\_.

Categoria profissional: \_\_\_\_\_.

Matrícula: \_\_\_\_\_.

Rio de Janeiro, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Assinatura: \_\_\_\_\_.

**APÊNDICE 3 – TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA  
REALIZAÇÃO DE EXAMES LABORATORIAIS NO CENTRO CIRÚRGICO:  
PACIENTE-FONTE**

**TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE EXAMES  
DA PESSOA-FONTE**

No decorrer do procedimento cirúrgico, os profissionais de saúde são expostos a sangue e outros fluidos corporais que, por vezes, podem apresentar vírus causadores de doenças graves, como o HIV e os vírus das hepatites B e C. Tal exposição indica a necessidade de atendimento médico com acompanhamento clínico-laboratorial. Torna-se necessária, assim, a realização de coleta de sangue venoso do paciente (pessoa-fonte) para investigação de possíveis infecções que coloquem o profissional em risco, viabilizando a assistência e a segurança da equipe de saúde.

Durante a coleta de sangue, existe o risco de hematoma local que, habitualmente, não traz consequências, exceto um pequeno desconforto. Como benefício, você poderá vir a ter informações diagnósticas e orientações referentes ao tratamento, caso seja necessário. Todas as informações serão mantidas em sigilo, servindo unicamente para orientar a conduta na assistência ao profissional acidentado. A sua equipe médica será informada quanto aos resultados dos exames que serão incluídos em seu prontuário. A sua autorização permite aos profissionais da assistência o direito de coletar seu sangue e realizar exames durante todo o ato anestésico-cirúrgico, visto que você se encontrará impossibilitado de interação por estar em procedimento cirúrgico.

Eu \_\_\_\_\_, Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_,  
RG: \_\_\_\_\_, estou ciente das informações anteriores. Declaro para os devidos fins que:

- ☐ Concordo e autorizo os procedimentos informados neste documento  
☐ Não concordo e não autorizo os procedimentos informados neste documento

Assinatura do paciente:

\_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Prontuário: \_\_\_\_\_

Responsável pela orientação:

\_\_\_\_\_



Assinatura do representante legal:

---

Data:\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Prontuário\_\_\_\_\_

Responsável pela orientação:

---

**APÊNDICE 4 – TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA  
REALIZAÇÃO DE EXAMES LABORATORIAIS NO CENTRO CIRÚRGICO:  
PESSOA EXPOSTA.**

**TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE EXAMES  
PESSOA EXPOSTA**

Eu, \_\_\_\_\_, data de nascimento:  
\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, RG: \_\_\_\_\_, declaro estar ciente e  
devidamente orientado a respeito da importância da coleta de sangue venoso para  
investigação de HIV, hepatite B, hepatite C e outros patógenos que se julgarem necessários  
para direcionamento da conduta médica pós-exposição a material biológico. Durante a coleta  
de sangue, existe o risco de hematoma no local, que, habitualmente, não traz consequências, a  
não ser um pequeno desconforto. Como benefício, você poderá vir a ter informações  
diagnósticas, orientações, acompanhamento clínico-laboratorial, caso necessário.  
Asseguramos que todas as informações serão mantidas em sigilo, servindo unicamente para  
orientar a conduta no tratamento do profissional acidentado. A equipe médica responsável  
pelo acompanhamento do profissional exposto será informada sobre os resultados de exames,  
ficando os resultados arquivados em seu prontuário.

Caso você não concorde com a realização dos exames, esta decisão não lhe causará prejuízo  
nesta instituição.

Assinatura da pessoa exposta:

\_\_\_\_\_.

CPF: \_\_\_\_\_.

Rio de Janeiro, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Assinatura \_\_\_\_\_.

## ANEXO 1 – FICHA DE ENCAMINHAMENTO PARA O CENTRO DE REFERÊNCIA DE IMUNOBIOLOGICOS ESPECIAIS (CRIE)



SUBPAV/SVS/Coordenação do Programa de Imunizações

### FICHA DE ENCAMINHAMENTO PARA O CRIE

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
NOME:			
SEXO: F ( ) M ( )	RAÇA:	DN (dd/mm/aa):	
PROFISSÃO:	TELEFONE:		
MÃE:			
PAI:			
ESTADO CIVIL:	ESCOLARIDADE:	NATURAL (cidade)	
PESO: (Kg)			
ENDEREÇO:	Nº:	Comp.:	
BAIRRO:	CEP:	MUNICÍPIO: RIO DE JANEIRO	
NÚMERO DO CPF (informar para usuários a partir de 16 anos de idade):			
IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO REQUISITANTE			
NOME:		ESPECIALIDADE:	
INSTITUIÇÃO:			
TELEFONES PARA CONTATO:			
IMUNOBIOLOGICOS INDICADOS PARA APLICAÇÃO NO CRIE:			
<b>MOTIVO DA INDICAÇÃO PARA O CRIE:</b> (DESCREVER RESUMIDAMENTE A INDICAÇÃO E ANEXAR CÓPIAS DE EXAMES DIAGNÓSTICOS)			
<b>EM CASO DE EVENTO ADVERSO:</b> (Informar o imunobiológico /dose/data de aplicação)			
CARIMBO E ASSINATURA:		DATA:	
NÚMERO DO CRM   COREN:			
<b>EM CASO DE AVALIAÇÃO DE EAPV:</b> CONSULTA PARA O DIA: ____/____/____ ÀS ____ HORAS			

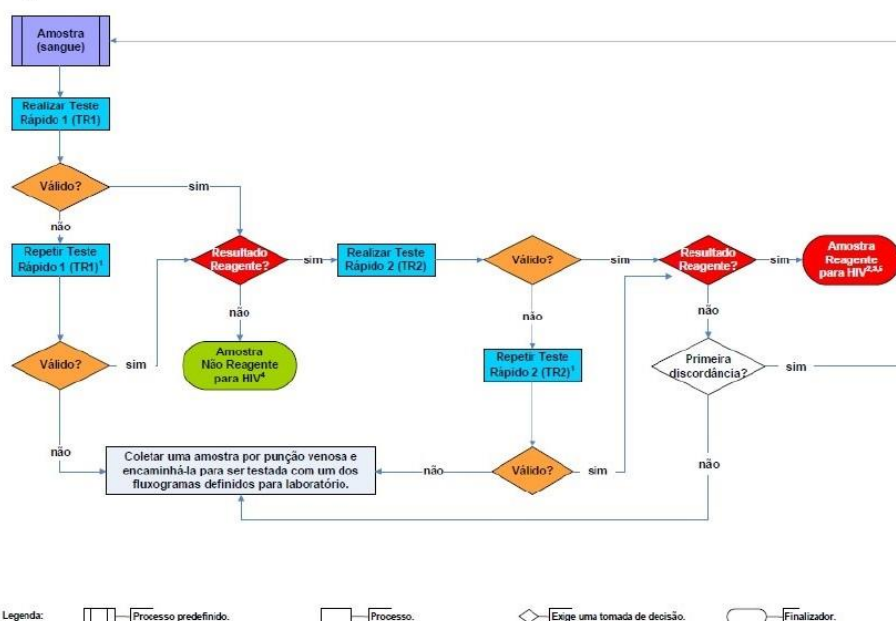
End: Av Brasil, s/nº – Mangueiras – INI FIOCRUZ CRIE INI - [crie@ini.fiocruz.br](mailto:crie@ini.fiocruz.br) / Telefone: 38659124 ou 38659125 ou 967330579 (WhatsApp)  
 CRIE RM – Rua General Severiano 91 – Botafogo, [criesmsdc@gmail.com](mailto:criesmsdc@gmail.com), Telefone: direto: 22756531, Hospital: 22952295 ramal: 203 e 204

## ANEXO 2 – FLUXOGRAMA DO TESTE RÁPIDO PARA HIV (MS)

MANUAL TÉCNICO PARA  
O DIAGNÓSTICO DA  
INFECÇÃO PELO HIV EM  
ADULTOS E CRIANÇAS



**Figura 14. Fluxograma 1 – Dois testes rápidos (TR1 e TR2) realizados em sequência com amostras de sangue**



Fonte: DIAHV/SVS/MS.

<sup>1</sup>Utilizar um conjunto diagnóstico do mesmo fabricante, preferencialmente de lote de fabricação diferente.

<sup>2</sup>Nas situações em que o fluxograma for realizado com uma única amostra obtida por venopunção, coletar uma segunda amostra e repetir o TR1 para concluir o resultado.

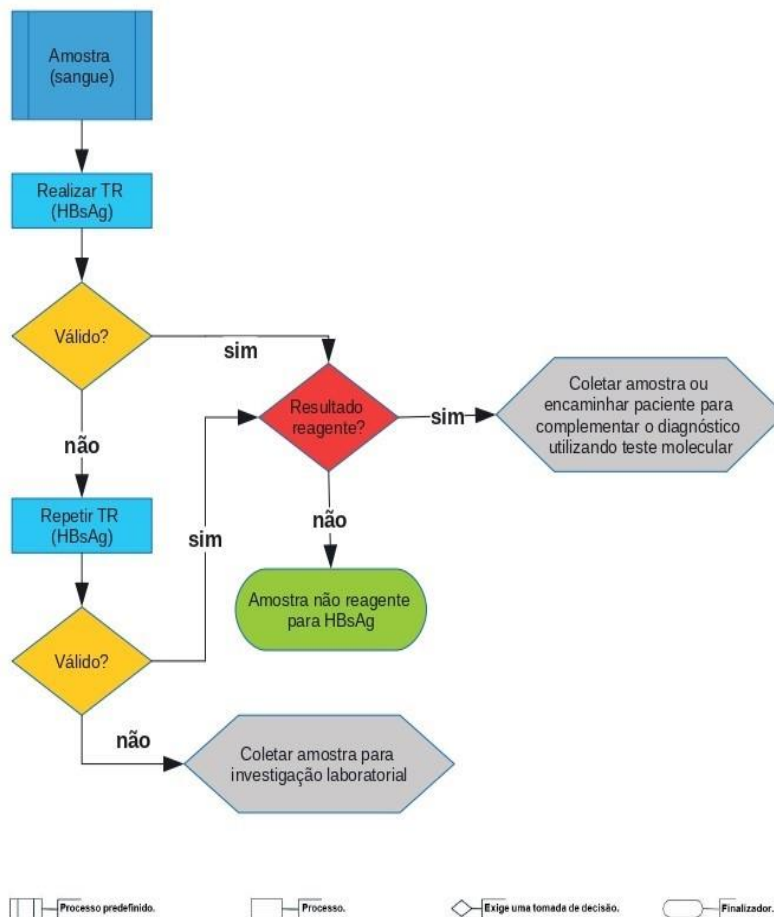
<sup>3</sup>Encaminhar o paciente para realizar o teste de Quantificação de Carga Viral e contagem de linfócitos T-CD4+.

<sup>4</sup>Se persistir a suspeita de infecção pelo HIV, uma nova amostra deverá ser coletada 30 dias após a data da coleta desta amostra.

<sup>5</sup>Amostras com resultados reagentes para HIV-2 (nos conjuntos diagnósticos que discriminam a reatividade para HIV-2 em linha de teste distinta do HIV-1) só terão seu diagnóstico de infecção por HIV-2 concluído após seguidas as instruções descritas no item 10.2 deste manual.

### ANEXO 3 – FLUXOGRAMA PARA INVESTIGAÇÃO DA HEPATITE B (MS)

Figura 10. Fluxograma 1 – Investigação inicial da infecção pelo HBV utilizando testes rápidos (TR – HBsAg)



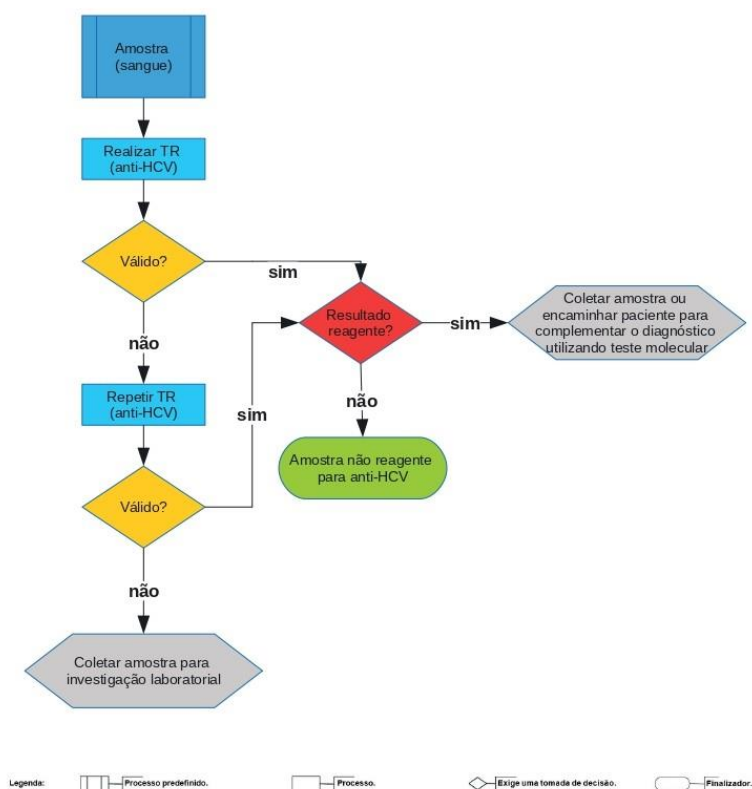
Fonte: DIAHV/SVS/MS.

## ANEXO 4 – FLUXOGRAMA PARA INVESTIGAÇÃO DA HEPATITE C (MS)

MANUAL TÉCNICO PARA  
O DIAGNÓSTICO  
DAS HEPATITES  
VIRAIS



Figura 16. Fluxograma 4 – Investigação inicial da infecção pelo HCV utilizando testes rápidos (TR anti-HCV)



Fonte: DIAHV/SVS/MS.

**SETORES: HUGG**

Núcleo Interno de Regulação (NIR): Está localizado no primeiro andar na entrada (acesso pela Rua Mariz e Barros).

Serviço de Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalho (SOST): está localizado no primeiro andar, antes da catraca, a direita (do lado do NIR, acesso pela Rua Mariz e Barros).

Ambulatório de imunologia: Está localizado no primeiro andar, à esquerda, no segundo corredor, próximo à Obstetrícia.

**CENTRO DE REFERÊNCIA DE IMUNOBIOLOGICOS – CRIE****ENDEREÇO DOS CRIE****Hospital Municipal Rocha Maia**

Rua General Severiano,91 – Botafogo/Tel:

2275.6531/2295.2295 Ramal: 203 / Email: criesmsdc@gmail.com

**Horário de funcionamento:** 8h às 17h, de segunda a sexta-feira. Após as 17h, finais de semana e feriados, procurar a emergência do hospital. Nesses dias e horários, são atendidos apenas casos de urgência contemplados pelo Manual/CRIE/MS.


**INI/ FIOCRUZ**

Endereço: AV Brasil, 4.365/ Manguinhos – Rio de Janeiro/ RJ


Telefone: 3865 – 9125

Atendimento na rotina: segunda a sexta-feira, de 8h às 17h.

## ANEXO 5 – FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE EXAMES



Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO  
 Hospital Universitário Gaffrêe e Guinle - HUGG  
 Rua Maria e Barros, 775, Tijuca, Rio de Janeiro - RJ, CEP: 20270-004  
 CRM-RJ 52 983318 - CNPJ: 34.023.077/0002-80



## SOLICITAÇÃO DE EXAMES

ENFERMARIA	LEITO	AMBULATÓRIO	IDADE	SEXO	COR	MATRÍCULA
------------	-------	-------------	-------	------	-----	-----------

PACIENTE

TELEFONE

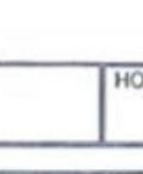
ENDEREÇO

MATERIAL

EXAMES SOLICITADOS

INDICAÇÃO CLÍNICA

ACOMPANHAMENTO LABORATORIAL  
DE ACIDENTE COM MATERIAL BIOLÓGICO



DATA	SOLICITANTE
------	-------------

EXAME MARCADO PARA	HORA
--------------------	------

PACIENTE	MATRÍCULA
----------	-----------

EXAME	DATA	HORA
-------	------	------



1

### ORIENTAÇÕES GERAIS

Preencher o formulário à caneta azul e em letra de forma legível, dentro do espaço das lacunas. 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.

### DETALHAMENTO DOS CAMPOS

**01- Nome Civil do usuário:** Nome civil completo do usuário SUS, sem qualquer abreviação. Caso o usuário seja recém-nascido informar o nome da mãe.

**02- Nome Social do usuário:** Nome social completo do usuário SUS, sem qualquer abreviação.

**03- CPF:** Número do CPF do Usuário SUS.

**04- Data de Nascimento:** Informar a data de nascimento da parturiente não cadastrada, da mãe do recém-nascido ou da pessoa exposta.

**05- Órgão genital de nascimento:** Perguntar ao usuário(a) qual era o seu órgão genital no momento do nascimento. Especialmente para pessoas transexuais e travestis.

**06- Orientação Sexual:** É por quem a pessoa se sente atraída afetiva e sexualmente, podendo ser pessoas do mesmo gênero (homossexual), de gênero diferente (heterossexual) ou por ambos os gêneros (bissexual). A resposta para esse item deve ser sempre autodeclarada, mesmo que a opinião do profissional de saúde não coincida com a declarada pelo (a) usuário (a).

**07- Identidade de Gênero:** é a percepção que uma pessoa tem de si como sendo homem, mulher, mulher trans, homem trans, ou travesti/mulher travesti, independentemente de seu órgão genital de nascimento e orientação sexual. Para identidade de gênero, marque sempre como a pessoa se percebe ou se define. A resposta para esse item deve ser sempre autodeclarada, mesmo que a opinião do profissional de saúde não coincida com a declarada pelo(a) usuário(a).

**08- Circunstância da Exposição:** Informar a circunstância da exposição se acidente com material biológico, exposição sexual consentida ou violência sexual. **Se a PEP for de transmissão vertical (Parturiente ou RN da mãe infectada pelo HIV) não preencher os campos 1, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 12 e 13. Preencher somente os campos Nome Civil, CPF e Data de Nascimento.**

**09- Pessoa-fonte multiexperimentada:** Pessoa sabidamente infectada pelo HIV e em tratamento antirretroviral.

**10- Gestante:** Informar se a Usuária SUS está gestante ou não ou tem suspeita de gestação.

**11-** Informar se existe contraindicação ao esquema preferencial.

**12-** Informar se usou álcool e outras drogas nos últimos 3 meses.

**13-** Informar se nos últimos 6 meses aceitou dinheiro, objetos de valor, drogas, moradia ou serviços em troca de sexo.

**14- Data da Exposição:** Informar a data que ocorreu a exposição de risco.

**15 - Origem do acompanhamento médico:** Especificar se o receituário é de origem de estabelecimentos privados/planos de saúde ou do SUS.

**16 - Esquemas Preferenciais:**

FAIXA ETÁRIA	ESQUEMA PREFERENCIAL	MEDICAÇÕES ALTERNATIVAS
0 – 14 dias	AZT + 3TC + RAL	AZT + 3TC + NVP
14 dias – 2 anos	AZT + 3TC + RAL	Impossibilidade de uso do RAL: LPV/r
2 – 6 anos	AZT + 3TC + RAL	Impossibilidade de uso do RAL: LPV/r
6 – 12 anos	TDF + 3TC + DTG	Impossibilidade de uso do DTG: ATZ/r
Acima de 12 anos: Seguir as recomendações para adultos.		

**17 - Medicamentos ARV:** Relação dos medicamentos disponibilizados pelo SUS para o tratamento antirretroviral. O médico deverá informar posologia diária de cada medicamento prescrito ao Usuário SUS.

**18 - Médico:** Assinatura e carimbo do médico responsável pela prescrição.

**19 - Farmacêutico responsável:** Assinatura do farmacêutico responsável pela dispensação.

**20 - Assinatura do Usuário SUS:** Assinatura do Usuário SUS acusando o recebimento do(s) medicamento(s) naquela dispensa.

## ANEXO 7 – INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO DO SINAN

### ACIDENTE DE TRABALHO – COM EXPOSIÇÃO À MATERIAL BIOLÓGICO INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO FICHA DE INVESTIGAÇÃO – Sinan NET

**CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO** é aquele cuja ausência de dado impossibilita a inclusão da notificação ou da investigação no Sinan.  
**CAMPO ESSENCIAL** é aquele que, apesar de não ser obrigatório, registra dado necessário à investigação do caso ou ao cálculo de indicador epidemiológico ou operacional.

N.º - Anotar o número da notificação atribuído pela unidade de saúde para identificação do caso. **CAMPO CHAVE.**

1. Este campo identifica o tipo de notificação, informação necessária à digitação. Não é necessário preenchê-lo.
2. Nome do agravo/doença ou código correspondente estabelecido pelo SINAN (CID 10) que está sendo notificado. **CAMPO CHAVE.**
3. Anotar a data da notificação: data de preenchimento da ficha de notificação. **CAMPO CHAVE.**
4. Preencher com a sigla da Unidade Federada (UF) que realizou a notificação. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
5. Preencher com o nome completo do município (ou código correspondente segundo cadastro do IBGE) onde está localizada a unidade de saúde (ou outra fonte notificadora) que realizou a notificação. **CAMPO CHAVE.**
6. Preencher com o nome completo (ou código correspondente ao Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde – CNES) da unidade de saúde (ou outra fonte notificadora) que realizou a notificação. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
7. Anotar a data do diagnóstico ou da evidência laboratorial e/ou clínica da doença de acordo com a definição de caso vigente no momento da notificação. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
8. Preencher com o nome completo do paciente (sem abreviações). **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
9. Preencher com a data de nascimento do paciente (dia/mês/ano) de forma completa. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
10. Anotar a idade do paciente somente se a data de nascimento for desconhecida (Ex. 20 dias = 20 D; 3 meses = 3 M; 26 anos = 26 A). Se o paciente não souber informar sua idade, anotar a idade aparente. OBS: Se a data de nascimento não for preenchida, a idade será **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
11. Informar o sexo do paciente (M= masculino, F= feminino e I= ignorado). **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
12. Preencher com a idade gestacional da paciente, quando gestante. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO** quando sexo F = feminino (1= 1º Trimestre, 2= 2º Trimestre, 3= 3º Trimestre, 4= Idade gestacional ignorada, 5= Não, 6= Não se aplica, 9= Ignorado).
13. Preencher com o código correspondente à cor ou raça declarada pela pessoa: (1= Branca, 2= Preta, 3= Amarela (compreendo-se nesta categoria a pessoa que se declarou de raça amarela), 4= Parda (incluindo-se nesta categoria a pessoa que se declarou mulata, cabocla, cafuza, mameluca ou mestiça de preto com pessoa de outra cor ou raça), 5= indígena (considerando-se nesta categoria a pessoa que se declarou indígena ou índia). **CAMPO ESSENCIAL.**
14. Preencher com a série e grau que a pessoa está frequentando ou frequentou considerando a última série concluída com aprovação ou grau de instrução do paciente por ocasião da notificação. (0=Analfabeto; 1= 1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau), 2= 4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau), 3= 5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau), 4= Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau), 5= Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau), 6= Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau), 7= Educação superior incompleta, 8= Educação superior completa, 9=Ignorado ou 10= Não se aplica). **CAMPO ESSENCIAL.**
15. Preencher com o número do CARTÃO ÚNICO do Sistema Único de Saúde – SUS.
16. Preencher com o nome completo da mãe do paciente (sem abreviações). **CAMPO ESSENCIAL.**

**ACIDENTE DE TRABALHO – COM EXPOSIÇÃO À MATERIAL BIOLÓGICO**  
**INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO**  
**FICHA DE INVESTIGAÇÃO – Sinan NET**

**CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO** é aquele cuja ausência de dado impossibilita a inclusão da notificação ou da investigação no Sinan.

**CAMPO ESSENCIAL** é aquele que, apesar de não ser obrigatório, registra dado necessário à investigação do caso ou ao cálculo de indicador epidemiológico ou operacional.

N.º - Anotar o número da notificação atribuído pela unidade de saúde para identificação do caso. **CAMPO CHAVE.**

1. Este campo identifica o tipo de notificação, informação necessária à digitação. Não é necessário preenchê-lo.
2. Nome do agravo/doença ou código correspondente estabelecido pelo SINAN (CID 10) que está sendo notificado. **CAMPO CHAVE.**
3. Anotar a data da notificação: data de preenchimento da ficha de notificação. **CAMPO CHAVE.**
4. Preencher com a sigla da Unidade Federada (UF) que realizou a notificação. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
5. Preencher com o nome completo do município (ou código correspondente segundo cadastro do IBGE) onde está localizada a unidade de saúde (ou outra fonte notificadora) que realizou a notificação. **CAMPO CHAVE.**
6. Preencher com o nome completo (ou código correspondente ao Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde – CNES) da unidade de saúde (ou outra fonte notificadora) que realizou a notificação. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
7. Anotar a data do diagnóstico ou da evidência laboratorial e/ou clínica da doença de acordo com a definição de caso vigente no momento da notificação. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
8. Preencher com o nome completo do paciente (sem abreviações). **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
9. Preencher com a data de nascimento do paciente (dia/mês/ano) de forma completa. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
10. Anotar a idade do paciente somente se a data de nascimento for desconhecida (Ex. 20 dias = 20 D; 3 meses = 3 M; 26 anos = 26 A). Se o paciente não souber informar sua idade, anotar a idade aparente. OBS: Se a data de nascimento não for preenchida, a idade será **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
11. Informar o sexo do paciente (M= masculino, F= feminino e I= ignorado). **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
12. Preencher com a idade gestacional da paciente, quando gestante. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO** quando sexo F = feminino (1= 1º Trimestre, 2= 2º Trimestre, 3= 3º Trimestre, 4= Idade gestacional ignorada, 5= Não, 6= Não se aplica, 9= Ignorado).
13. Preencher com o código correspondente à cor ou raça declarada pela pessoa: (1= Branca, 2= Preta, 3= Amarela (compreendo-se nesta categoria a pessoa que se declarou de raça amarela), 4= Parda (incluindo-se nesta categoria a pessoa que se declarou mulata, cabocla, cafuza, mameluca ou mestiça de preto com pessoa de outra cor ou raça), 5= indígena (considerando-se nesta categoria a pessoa que se declarou indígena ou índia). **CAMPO ESSENCIAL.**
14. Preencher com a série e grau que a pessoa está frequentando ou frequentou considerando a última série concluída com aprovação ou grau de instrução do paciente por ocasião da notificação. (0=Analfabeto; 1= 1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau), 2= 4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau), 3= 5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau), 4= Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau), 5= Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau), 6= Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau), 7= Educação superior incompleta, 8= Educação superior completa, 9= Ignorado ou 10= Não se aplica). **CAMPO ESSENCIAL.**
15. Preencher com o número do CARTÃO ÚNICO do Sistema Único de Saúde – SUS.
16. Preencher com o nome completo da mãe do paciente (sem abreviações). **CAMPO ESSENCIAL.**

50. Identificar o uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI), de acordo com as alternativas apresentadas. **CAMPO ESSENCIAL.**
51. Identificar a situação vacinal do acidentado em relação às três doses de vacina contra hepatite B. **CAMPO ESSENCIAL.**
52. Identificar os resultados de exames do acidentado no momento do acidente- data zero. **CAMPO ESSENCIAL.**
53. Identificar se paciente fonte era conhecido (1= sim, 2= não ou 9= ignorado) **CAMPO ESSENCIAL.**
54. Em caso de paciente fonte conhecido, identificar o resultado de seus testes sorológicos. **CAMPO ESSENCIAL.**
55. Identificar qual foi a conduta no momento do acidente, conforme as alternativas apresentadas. **CAMPO ESSENCIAL.**
56. Identificar qual foi a evolução do caso, conforme as alternativas apresentadas. **CAMPO ESSENCIAL.**
57. Identifique, se houve óbito, a data em que ocorreu. **CAMPO ESSENCIAL.**
58. Identifique se foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho para o INSS (1= sim, 2= não, 3= não se aplica ou 9= ignorado). **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

Utilize o espaço de observações para acrescentar quaisquer informações que julgar importante.

Identifique o município e a U.S.-Unidade de Saúde que realizou esta investigação

Anote o código da U.S.

Identifique o nome de quem realizou esta investigação.

Identifique a função de quem realizou esta investigação.

O investigador deve assinar esta investigação.

## ANEXO 8 – MODELO DE LAUDO REAGENTE NÃO PRESENCIAL (MS)

MANUAL TÉCNICO PARA  
O DIAGNÓSTICO DA  
INFECÇÃO PELO HIV EM  
ADULTOS E CRIANÇAS



Identificação do Laboratório/Serviço de Saúde

Endereço e telefone

Nº do registro do Laboratório Clínico no respectivo conselho de classe profissional

Nome do Responsável Técnico – Nº do Registro no Conselho Profissional

### MODELO DE LAUDO – TR reagente (não presencial)

Nome do paciente: \_\_\_\_\_ Nº registro: \_\_\_\_\_  
 Data de nascimento: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_  
 Unidade Solicitante: \_\_\_\_\_ Município/UF: \_\_\_\_\_/UF  
 Profissional Solicitante: \_\_\_\_\_ – CRM\_\_\_\_/UF  
 Data da coleta: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Data da emissão do laudo: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

#### HIV

##### Teste Rápido 1 (TR1)

**Amostra:** \_\_\_\_\_ (sangue total obtido por punção venosa/soro/plasma)

**Método:** Imunocromatografia – Fabricante: \_\_\_\_\_

**Resultado:** Reagente

##### Teste Rápido 2 (TR2)

**Amostra:** \_\_\_\_\_ (sangue total obtido por punção venosa/soro/plasma)

**Método:** Imunocromatografia – Fabricante: \_\_\_\_\_

**Resultado:** Reagente

**Conclusão:** Amostra Reagente para HIV

#### Observações:

- Resultado definido com o Fluxograma 1, realizado não presencialmente com amostra obtida por punção venosa, conforme estabelecido pela Portaria nº 29, de 17 de dezembro de 2013.
- Uma segunda amostra deverá ser coletada e submetida ao primeiro teste do fluxograma utilizado com a primeira amostra, conforme estabelecido pela Portaria nº 29, de 17 de dezembro de 2013.

(assinatura)

Nome do Responsável – Nº do registro no Conselho Profissional



## ANEXO 9 – RAT: REGISTRO DE ACIDENTE DE TRABALHO

	<b>REGISTRO DE ACIDENTE DE TRABALHO - RAT</b>	
		DIVGP/SOST

**1. DADOS DO ACIDENTADO**

Nome: \_\_\_\_\_

Função: \_\_\_\_\_ Vínculo \_\_\_\_\_ Matrícula \_\_\_\_\_

**2. DADOS SOBRE A OCORRÊNCIA DE ACIDENTE (Preenchido pela chefia imediata ou responsável)****TIPO DE ACIDENTE**

☐ **Acidente de trajeto** (acidente que provoque lesão corporal ou perturbação funcional no trajeto casa-trabalho-casa) – responder item 2, 4, trazer atestado médico e Boletim de Ocorrência (BO).

☐ **Acidente típico** - Lesão corporal ou perturbação funcional – responder item 3 e 4

☐ **Acidente com exposição a material biológico** - responder item 3 e 4

Local do acidente \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_:\_\_\_\_

Dia da semana \_\_\_\_\_ Após quantas horas de trabalho? \_\_\_\_ Houve afastamento? Sim ☐ Não ☐

Parte do corpo atingida \_\_\_\_\_

DESCRIÇÃO DO ACIDENTE/QUEIXA \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Testemunhas: Nome \_\_\_\_\_ Telef./Ramal: \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Assinatura/Carimbo da chefia imediata \_\_\_\_\_

**3. ATENDIMENTO MÉDICO - (Preenchido pelo médico (a) do SPA - (ramal 5153))**

Acidente COM exposição à material biológico (Seguir fluxo CCIH)	Acidente SEM exposição a material biológico
<b>Conduta para o acidentado</b> Vacina contra hepatite B <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não  Sorologias/exames solicitados para o acidentado? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não  Sorologias solicitadas para o paciente fonte? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> fonte desconhecida  Indicado uso de retrovirais <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	Descrição do quadro clínico apresentado com CID 10 _____ _____ Procedimentos realizados: _____ _____ Exames complementares e encaminhamentos _____ Necessidade de afastamento das atividades? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora do primeiro atendimento: \_\_\_\_\_

Assinatura/Carimbo do médico \_\_\_\_\_

	<b>REGISTRO DE ACIDENTE DE TRABALHO - RAT</b>	
		<b>DIVGPSOST</b>

**4. DADOS DO ACIDENTADO (Preenchido pelo acidentado)**

**TODOS OS ACIDENTADOS DEVEM COMPARECER AO SOST até o 1º dia útil após o Acidente de Trabalho (preenchido pelo acidentado).**

**PREENCHIDO PELO ACIDENTADO**

Nome:		Data de Nascimento:	
Nome da mãe:			
Sexo:	Estado Civil:	Grau de Instrução:	
Função:	CBO:	Remuneração:	
Nº da carteira de Trabalho:	Série:	Data da emissão:	UF:
Identidade:	Data da emissão:	Órgão expedidor:	UF:
PIS/PASEP/NIT:	Endereço:		
Bairro:	Município:	Estado:	
Telefone:	CEP:	E-mail:	
Setor de lotação:	Em que horários você trabalha no HUGG (circule)?		
	Manhã	Tarde	Diarista    Plantonista    Noturno

(Esses dados são relevantes para Previdência Social)

**4.1 Como você acha que o acidente poderia ter sido evitado (OPCIONAL)?**


---



---



---



---

**4.2 Fatores que podem ter contribuído para ocorrência do acidente:**

- ( ) Falta de treinamento (Ex: \_\_\_\_\_)
- ( ) Falta de material (Quais? \_\_\_\_\_)
- ( ) Falta de EPI (Quais? \_\_\_\_\_)
- ( ) Perfuro cortante sem dispositivo de segurança
- ( ) Falta de atenção
- ( ) Procedimento de improviso e/ou incorreto
- ( ) Descarte inadequado de perfuro cortante
- ( ) Outros: \_\_\_\_\_

Ass. Acidentado: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



# ANEXO 10 – SINAN ACIDENTE DE TRABALHO COM EXPOSIÇÃO A MATERIAL BIOLÓGICO

(Frente)

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		
<b>Definição de caso:</b> Todo caso de acidente de trabalho ocorrido com quaisquer categorias profissionais, envolvendo exposição direta ou indireta do trabalhador a material biológico (orgânico) potencialmente contaminado por patógenos (vírus, bactérias, fungos, príons e protozoários), por meio de material perfuro-cortante ou não.				
Dados Gerais	1 Tipo de Notificação	2 - Individual		
	2 Agravado/doença	Código (CID10)	3 Data da Notificação	
	ACIDENTE DE TRABALHO COM EXPOSIÇÃO À MATERIAL BIOLÓGICO		Z20.9	
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)	
Notificação Individual	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código	7 Data do Acidente	
	8 Nome do Paciente	9 Data de Nascimento		
	10 (ou) Idade	11 Sexo	12 Gestante	13 Raça/Cor
	14 Escolaridade	15 Número do Cartão SUS		
Dados de Residência	16 Nome da mãe	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	
Antecedentes Epidemiológicos	25 Geo campo 2	26 Ponto de Referência	27 CEP	
	28 (DDD) Telefone	29 Zona	30 País (se residente fora do Brasil)	
	31 Ocupação			
	32 Situação no Mercado de Trabalho			
33 Tempo de Trabalho na Ocupação				
<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				
1- Sim 2- Não 3- Não se aplica 9- Ignorado				

(Verso)

Acidente com material biológico	<b>46</b> Tipo de Exposição 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <span><input type="checkbox"/> Percutânea <input type="checkbox"/> Mucosa (oral/ ocular)</span> <span><input type="checkbox"/> Pele íntegra <input type="checkbox"/> Pele não íntegra</span> <span><input type="checkbox"/> Outros _____</span> </div>		
	<b>47</b> Material orgânico 1-Sangue 2-Líquor 3-Líquido pleural 4-Líquido ascítico 9-Ignorado <input type="checkbox"/> 5-Líquido amniótico 6-Fluido com sangue 7-Soro/plasma 8-Outros: _____		
	<b>48</b> Circunstância do Acidente <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></span> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 48%;">           01 - Administ. de medicação endovenosa            02 - Administ. de medicação intramuscular            03 - Administ. de medicação subcutânea            04 - Administ. de medicação intradérmica            05 - Punção venosa/arterial para coleta de sangue            06 - Punção venosa/arterial não especificada            07 - Descarte inadequado de material perfurocortante em saco de lixo            08 - Descarte inadequado de material perfurocortante em bancada, cama, chão, etc...         </div> <div style="width: 48%;">           09 - Lavanderia            10 - Lavagem de material            11 - Manipulação de caixa com material perfurocortante            12 - Procedimento cirúrgico            13 - Procedimento odontológico            14 - Procedimento laboratorial            15 - Dextro            16 - Reencape            98 - Outros            99 - Ignorado         </div> </div>		
	<b>49</b> Agente 1-Agulha com lúmen (luz) 2 - Agulha sem lúmen/maciça 3 - Intracath 4 - Vidros <input type="checkbox"/> 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 <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <span><input type="checkbox"/> LUVAS <input type="checkbox"/> Avental <input type="checkbox"/> Óculos <input type="checkbox"/> Máscara <input type="checkbox"/> Proteção facial <input type="checkbox"/> Bota</span> </div>		
Conclusão	<b>51</b> Situação vacinal do acidentado em relação à hepatite B (3 doses) <input type="checkbox"/> 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 <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <span><input type="checkbox"/> Anti-HIV <input type="checkbox"/> HbsAg <input type="checkbox"/> Anti-HBs <input type="checkbox"/> Anti-HCV</span> </div>		
	<b>Dados do Paciente Fonte (no momento do acidente)</b> <b>53</b> Paciente Fonte Conhecida? <input type="checkbox"/> 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 <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <span><input type="checkbox"/> Hbs Ag <input type="checkbox"/> Anti-HBc <input type="checkbox"/> Anti-HIV <input type="checkbox"/> Anti-HCV</span> </div>		
	<b>55</b> Conduta no momento do acidente 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <div style="width: 33%;"> <input type="checkbox"/> Sem indicação de quimioprofilaxia  <input type="checkbox"/> Recusou quimioprofilaxia indicada  <input type="checkbox"/> AZT+3TC         </div> <div style="width: 33%;"> <input type="checkbox"/> AZT+3TC+Indinavir  <input type="checkbox"/> AZT+3TC+Nelfinavir  <input type="checkbox"/> Imunoglobulina humana contra hepatite B (HBIG)         </div> <div style="width: 33%;"> <input type="checkbox"/> Vacina contra hepatite B  <input type="checkbox"/> Outro Esquema de ARV Especifique _____         </div> </div>		
<b>56</b> Evolução do Caso <input type="checkbox"/> 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 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
<b>58</b> Foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho <input type="checkbox"/> 1-Sim 2 - Não 3- Não se aplica 9- Ignorado			
Informações complementares e observações			
Investigador	Município/Unidade de Saúde		
	Nome	Função	
		Assinatura	
Acidente de trabalho com exposição à material biológico		Sinan Net SVS 21/06/2019	

[FIM DO PROTOCOLO]