

Procediment d'actuació en cas d'accident amb risc de contaminació biològica

En cas que un/a alumne/a tingui un accident amb material de risc de contaminació biològica, ha de:

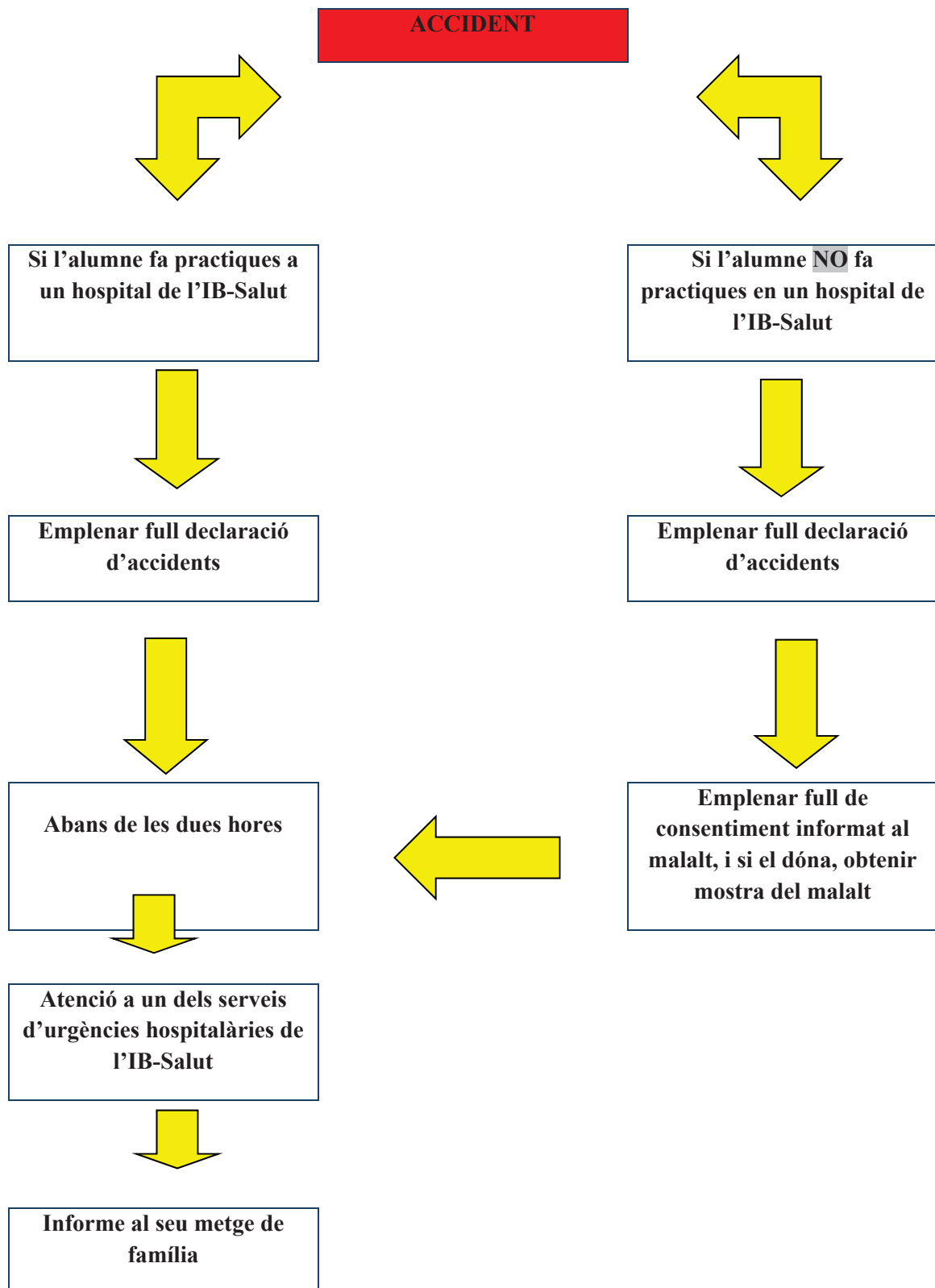
1. Emplenar el “Full de declaració d'accidents” (vegeu pàgines següents) i tramitar-lo a l'Facultat d'Infermeria i Fisioteràpia (serveis administratius, Loli Cazorla).
2. Seguir les indicacions per a cada tipus de risc del Protocol d'actuació davant accident amb material biològic del Servei Balear de la Salut.
3. En cas de ser necessària l'obtenció d'una mostra del pacient (inòcul) per realitzar les proves analítiques recomanades al Protocol del Servei Balear de la Salut, ha d'emplenar el “Full de consentiment informat del pacient”.
4. En el cas d'Eivissa, l'hospital públic de referència és l'Hospital Can Misses, i en el cas de Menorca, l'Hospital Mateu Orfila.

És convenient recomanar a tots/es els/les alumnes d'Infermeria i de Fisioteràpia la vacunació contra l'hepatitis B. S'ha d'incloure aquesta recomanació a la tutoria de matrícula i s'ha de recordar al seminari de preparació de les pràctiques clíniques.

És important seguir les mesures preventives recomanades al Protocol d'actuació davant accident amb material biològic del Servei Balear de la Salut.

En cap cas els centres no podran facturar als/les alumnes o a l'Facultat d'Infermeria i Fisioteràpia els costos derivats de l'actuació, tant si són privats com si tenen concertats els serveis de prevenció laboral a través d'una mútua, ja que el Servei Balear de la Salut té transferides les competències per garantir la cobertura d'aquests riscos als ciutadans de les Illes Balears.

**ALGORITME D'ACTUACIÓ EN CAS D'ACCIDENT AMB RISC DE
CONTAMINACIÓ BIOLÒGICA**



DECLARACIÓ D'ACCIDENTS

L'imprès "Full de declaració d'accidents", inclòs a la pàgina següent, s'ha d'emplenar obligatòriament i l'han de signar l'alumne/a, el/la professor/a de pràctiques i el/la supervisor/a o infermer/a responsable o fisioterapeuta responsable quan succeeixi un accident del qual es pugui derivar un perjudici per a l'alumne/a o per a un/a malalt/a o una tercera persona.

L'alumne ha d'acudir, per ser atès de l'accident, als seus dispositius sanitaris habituals.

Quan l'accident suposi risc de contaminació amb un fluid biològic (picada, tall, esquitxada...), s'ha de considerar una situació urgent, i tot d'una l'alumne/a ha d'acudir a un servei d'urgències hospitalàries de l'IB-Salut, per demanar un informe en el qual consti el tipus d'accident, el tractament iniciat i la situació immunològica de la font inocular. L'alumne ha de fer arribar aquest informe al seu metge de família perquè en faci el seguiment.

Si l'accident es produeix en un centre distint d'aquell en què el servei d'urgències atén l'alumne, es fa necessària la col·laboració del centre, per garantir l'arribada dels resultats o d'una mostra de la font d'inoculació a temps de ser obtinguts els resultats abans de les dues hores d'haver-se produït.

El Servei de Prevenció de Riscos Laborals del Servei de Salut del Govern de les Illes Balears manté actualitzat el **Protocol d'actuació davant accident amb material biològic** i es fa càrrec dels costos derivats dels procediments diagnòstics o terapèutics o pels trasllats de mostres que es derivin de les actuacions portades a terme. En cap cas l'alumne/a no ha d'abonar cap cost com a conseqüència de l'accident.



Universitat de les
Illes Balears

Facultat d'Infermeria i Fisioteràpia

FULL DE DECLARACIÓ D'ACCIDENTS

1. NOM I COGNOMS DE L'ALUMNE/A ACCIDENTAT

2. CENTRE SANITARI I UNITAT ON S'HA PRODUÏT L'ACCIDENT

3. DATA I HORA DE L'ACCIDENT

4. TIPUS DE LESIÓ OCACIONADA A CONSEQÜÈNCIA DE L'ACCIDENT

5. AGENT O OBJECTE QUE L'HA CAUSADA

6. ACTIVITAT DESENVOLUPADA EN EL MOMENT DE PRODUIR-SE L'ACCIDENT

Firma de l'alumne/a,

*Firma del / de la supervisor/a o
infermer/a responsable o fisioterapeuta
responsable,*

Nom:.....

Firma del / de la professor/a de pràctiques,

Nom:
.....

La firma d'aquest document implica que el/la professor/a de pràctiques ha informat l'alumne/a i que aquest/a es dona per assabentat/ada sobre la conveniència de seguir el tractament adequat i el seguiment adient.

La professora de pràctiques farà arribar aquest imprès de forma confidencial al / a la titular de l'assignatura i, aquest/a, una vegada assabentat/ada, l'enviarà a la secretaria de Direcció de la Facultat d'Infermeria i Fisioteràpia, senyora Dolores Cazorla Tel. 971 259 562, e-mail loli.cazorla@uib.es

**FULL DE CONSENTIMENT INFORMAT PER A OBTENCIÓ D'ANALÍTICA
PROTOCOL D'ACCIDENT AMB RISC DE CONTAMINACIÓ BIOLÒGICA**

Cognoms-----

Nom -----

Nº HC-----

Nº habitació-----llet-----

Per a satisfacció dels drets del pacient, com a instrument afavoridor del correcte ús dels procediments i en compliment de la Llei general de Sanitat,

nom i cognoms:, com a pacient
(o *nom i cognoms:*....., com el seu/seua representant), en ple ús de les meves facultats, lliurement i voluntàriament,

EXPOS: Que he estat correctament INFORMAT/ADA pel treballador/a..... que és necessari que em facin el procediment denominat ANALÍTICA PROTOCOL D'ACCIDENT AMB RISC DE CONTAMINACIÓ BIOLÒGICA.

Informació del procediment:
Un alumne de la facultat ha sofert un accident amb un fluid biològic vostre, la qual cosa podria produir-li una malaltia professional; per la qual cosa sol·licitam el vostre consentiment informat per fer-vos aquesta analítica específica de les serologies infeccioses de: VHB (virus hepatitis B), VHC (virus hepatitis) i VIH (virus de la immunodeficiència humana).
Aquest procediment us pot produir unes molèsties mínimes:
- En el moment de l'extracció, podeu notar una mica de mal
- En el lloc de la punxada pot aparèixer un hematoma o cop blau, que sol desaparèixer en pocs dies
Els resultats de l'analítica són confidencials i quedaran arxivats a la vostra HC (història clínica)

DON EL MEU CONSENTIMENT per a l'extracció de l'ANALÍTICA PROTOCOL D'ACCIDENT AMB RISC DE CONTAMINACIÓ BIOLÒGICA, i perquè així consti, sign el present document.

Firma del / de la pacient i núm. DNI
(O representant legal en cas d'incapacitat)d.....de.....
Firma del treballador/a que informa i
núm. de col·legiat

Entenc que puc **REVOCAR** aquest consentiment en qualsevol moment abans de la realització del procediment.

Firma del / de la pacient i núm. DNI
(O representant legal en cas d'incapacitat)d.....de.....
Firma del treballador/a que informa i
núm. de col·legia

En cas de negativa del / de la pacient a firmar el consentiment:
Signatura del testimoni i núm. DNI
....., d..... de.....