

Seguimiento Post Exposición

EPINet™

FOR MICROSOFT® ACCESS
EXPOSURE PREVENTION >
INFORMATION NETWORK >

Accidente N°: (uso interno) _____ Tipo de Institución: (uso interno) _____

Fecha del Accidente: __/__/____

EPINet is a trademark of the University of Virginia.
 Windows is a registered trademark of
 Microsoft Corporation in the United States and/or other countries.
 Operates in Windows 95 and Windows 98 Environments.
 © 2000 Becton, Dickinson and Company.
 V1.3d Argentina

1/2005

Paciente Fuente:

1) ¿El Paciente Fuente Estaba Identificado?

fuente conocida y determinada fuente conocida y no determinada, razón: _____ fuente desconocida

2) ¿El Paciente Fuente Era Positivo para los Patógenos Sigüientes? (incluso si determinado antes de esta exposición)

Patógeno	Test (marcar)	Resultado (marque resultado)			Fecha Determinación
Hepatitis B	HbsAg	positivo	negativo	no determinado	__/__/____
	HbeAg	positivo	negativo	no determinado	
	Anti HBs	positivo	negativo	no determinado	
	Anti HBc	positivo	negativo	no determinado	
Hepatitis C	Anti-HCV EIA	positivo	negativo	no determinado	__/__/____
	PCR-HCV	positivo	negativo	no determinado	
	RNA	positivo	negativo	no determinado	
HIV	Anti-HIV	positivo	negativo	no determinado	__/__/____
	#CD4 Células	conteo _____		no determinado	
	Carga Antígeno	RNA copias/ml _____		no determinado	
Otro	_____	_____			__/__/____

3) Si el Paciente Fuente se Cree Pertenecía a un Grupo de Alto Riesgo de Transmisión de Patógenos Sanguíneos, marque todos los que correspondan:

Receptor Sangre o Derivados Enzimas Elevadas Sexual Diálisis
 Uso de Drogas Inyectables Hemofilia Otro, Describir: _____

4) Si el Paciente Fuente era HIV positivo, ¿había sido tratado con alguno de los sigüientes fármacos antes de la exposición?

Desconocido 3TC IDV
 AZT ddC Otro Anti-Retroviral: _____

5) Comentarios Adicionales del Paciente Fuente:

Trabajador Accidentado:

1) El Trabajador Accidentado fue Asistido por: Seguro Emergencia Otro, Describir: _____

2) ¿Estaba el Trabajador Accidentado Vacunado Contra HBV antes de la exposición? No Si, 1-Dosis 2-Dosis 3-Dosis

En caso afirmativo niveles de anticuerpos luego de las 3 dosis, si se determinaron: _____ Fecha: __/__/____

2a) ¿Estaba la Trabajadora Accidentada Embarazada? Si No No Corresponde

En caso afirmativo, en qué trimestre? Primero Segundo Tercero

3) Resultados de la Serología Basal:

Patógeno	Test (marcar)	Resultado (marque resultado)			Fecha Determinación
Hepatitis B	HbsAg	positivo	negativo	no determinado	__/__/____
	HbeAg	positivo	negativo	no determinado	
	Anti HBs	positivo	negativo	no determinado	
	Anti HBc	positivo	negativo	no determinado	
Hepatitis C	Anti-HCV EIA	positivo	negativo	no determinado	__/__/____
	Anti-HCV supp.	positivo	negativo	no determinado	
	_____	positivo	negativo	no determinado	
HIV	Anti-HIV	positivo	negativo	no determinado	__/__/____
Otro	_____	_____			__/__/____
Otro	_____	_____			__/__/____

5) Marcar Todos los Tratamientos de Profilaxis Post Exposición Administrados al Trabajador y las Dosis:

Tratamiento	Dosis	Fecha de Administracion	Duración/Comentarios
HBIG	1. _____	__/__/____	_____
	2. _____	__/__/____	_____
Vacuna HBV	1. _____	__/__/____	_____
	2. _____	__/__/____	_____
	3. _____	__/__/____	_____
	Refuerzo: _____	__/__/____	_____
HIV Antiretroviral	Especificar: _____	__/__/____	_____
HIV Antiretroviral	Especificar: _____	__/__/____	_____
HIV Antiretroviral	Especificar: _____	__/__/____	_____
Otro, Especificar:	_____	__/__/____	_____

5) Resultado de los Tests de Seguimiento: (Espacio previsto para la repetición de los resultados de los test, sin embargo, la determinación serológica protocolizada puede variar en diferentes instituciones.)

Patógeno	Test (marcar)	Resultado (marcar resultado)			Fecha Determinación
Hepatitis B	1ª determinación				
	HbsAg	positivo	negativo	no determinado	__/__/____
	Anti HBs	positivo	negativo	no determinado	
	Anti HBc	positivo	negativo	no determinado	
	2ª determinación				
	HbsAg	positivo	negativo	no determinado	__/__/____
	Anti HBs	positivo	negativo	no determinado	
	Anti HBc	positivo	negativo	no determinado	
	3ª determinación				
HbsAg	positivo	negativo	no determinado	__/__/____	
Anti HBs	positivo	negativo	no determinado		
Anti HBc	positivo	negativo	no determinado		
Hepatitis C	Anti-HCV (test 1)	positivo	negativo	no determinado	__/__/____
	Anti-HCV (test 2)	positivo	negativo	no determinado	
HIV	Anti-HIV (test 1)	positivo	negativo	no determinado	__/__/____
	Anti-HIV (test 2)	positivo	negativo	no determinado	__/__/____
	Anti-HIV (test 3)	positivo	negativo	no determinado	__/__/____
	Anti-HIV (test 4)	positivo	negativo	no determinado	__/__/____
Otro	_____	_____	_____	_____	__/__/____
Otro	_____	_____	_____	_____	__/__/____

6) Comentarios Adicionales:
