

## Servicio Extremeño Público de Empleo

**Concurso.**— Resolución de 12 de febrero de 2004, de la Dirección Gerencia, por la que se convoca a pública licitación, por el sistema de concurso, la contratación del servicio “Limpieza de los locales dependientes del Servicio Extremeño Público de Empleo en la provincia de Badajoz”. Expte.: SE-02/04 ..... 1654

## Diputación Provincial de Badajoz

**Tributos. Precios públicos.**— Anuncio de 11 de febrero de 2004, sobre relación de municipios que han efectuado su delegación en la Diputación Provincial

de Badajoz para la petición de la compensación referida al impuesto de actividades económicas ..... 1655

## Ayuntamiento de Higuera de Vargas

**Pruebas selectivas.**— Anuncio de 9 de febrero de 2004, sobre convocatoria para proveer una plaza de Agente de Policía Local ..... 1657

## Ayuntamiento de Villanueva de la Serena

**Urbanismo.**— Anuncio de 9 de febrero de 2004, sobre el Programa de Ejecución de la Unidad de Actuación “Enclave 5.B Manzana Profunda” ..... 1662

# I. Disposiciones Generales

## CONSEJERÍA DE SANIDAD Y CONSUMO

*ORDEN de 12 de febrero de 2004, de creación de un Sistema de Notificación de Exposiciones Accidentales con Riesgo Biológico de origen laboral.*

### PREÁMBULO

El Sistema de Notificación de Exposiciones Accidentales con Riesgo Biológico de origen laboral “ARBio” tiene como objetivo principal ser una ayuda para los servicios de prevención en el control y seguimiento de los trabajadores que, estando expuestos a agentes biológicos en su puesto de trabajo, sufren una exposición accidental y ello obligue a realizar un seguimiento analítico.

En el Real Decreto 664/1997 de protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición a agentes biológicos en el trabajo, obliga a que los servicios de prevención realicen unos seguimientos y controles de estos trabajadores; de forma que este Sistema de Notificación surge ante la necesidad de facilitar a los servicios de prevención la vigilancia de la salud de estos

trabajadores, como un instrumento de homogenización en los datos recogidos y en la sistemática de los seguimientos y sirviendo, por una parte a los servicios de prevención como instrumento de gestión de la eficacia de las medidas preventivas establecidas y de los colectivos de trabajadores afectados, y por otro, como un sistema de control de la actividad sanitaria de los servicios de prevención en esta materia.

En la legislación específica de protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición a agentes biológicos en el trabajo es clara la necesidad de que exista una constancia de estas exposiciones, e incluso, de la necesidad de conservar los listados de trabajadores expuestos para que estén a disposición de la Autoridad Sanitaria.

Por todo ello, la Consejería de Sanidad y Consumo considera necesario informatizar el registro de las llamadas Exposiciones Accidentales con Riesgo Biológico de origen laboral, facilitando y unificando las actuaciones de los servicios de prevención en esta materia, y sirviendo como instrumento útil en el control de la eficacia de las medidas preventivas que se han aplicado y se puedan aplicar en el futuro.

Este Sistema de Notificación no pretende por último, en ningún caso, sustituir a los sistemas de notificación de accidentes laborales, actualmente en vigor y que implican de forma directa al empresario; por el contrario, el Sistema de Notificación ARBio intenta facilitar la información que el servicio de prevención hará llegar al empresario, para que sea éste el que proceda con su declaración a la Autoridad Laboral.

En virtud de lo dispuesto en el artículo 5 del Decreto 80/2003, de 15 de julio, por el que se establece la estructura orgánica de la Consejería de Sanidad y Consumo,

### DISPONGO

#### Artículo 1.

La presente Orden tiene por objeto la creación de un Sistema de Notificación de las Exposiciones Accidentales con Riesgo Biológico de origen laboral que ocurran en los trabajadores en activo de la Comunidad Autónoma de Extremadura, como Sistema de Notificación vía electrónica. El fichero así creado se denominará "ARBio".

#### Artículo 2.

A efectos de la presente Orden, se considerará Exposiciones Accidentales con Riesgo Biológico de origen laboral a todas aquéllas que sufre un trabajador en activo (ya sea por cuenta ajena o por cuenta propia) a consecuencia de contactos accidentales con fluidos corporales animales o humanos, que puedan tener como consecuencia la transmisión de enfermedad al trabajador, y que precise un seguimiento serológico y/o profilaxis postexposición.

#### Artículo 3.

Este Sistema de Notificación tiene por finalidad conocer el número de exposiciones y el seguimiento analítico que de las mismas deben realizar los servicios de prevención de riesgos laborales y/o las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social, según proceda.

#### Artículo 4.

El Sistema de Notificación de Exposiciones Accidentales en Extremadura queda integrado en los Sistemas de Información en Salud Laboral de la Dirección General de Consumo y Salud Comunitaria de la Consejería de Sanidad y Consumo en la Sección de Salud Laboral perteneciente al Servicio de Seguridad Alimentaria y Salud Medioambiental.

#### Artículo 5.

Los usos previstos del Sistema de Notificación de Exposiciones Accidentales son las siguientes actividades:

- a) Obtener información normalizada de acuerdo con las pautas establecidas en los Anexos de esta Orden.
- b) Elaborar por los Servicios de Prevención los listados de trabajadores que han sufrido una exposición accidental, para facilitar al empresario su notificación a la Autoridad Laboral.
- c) Facilitar los seguimientos analíticos de los trabajadores afectados mediante un sistema de "alertas".
- d) Realizar el control de los servicios de prevención y Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social en cuanto al seguimiento médico de estos trabajadores.
- e) Facilitar datos estadísticos de este tipo de exposición accidental a los servicios de prevención como un sistema de gestión en el control e implantación de las medidas preventivas adecuadas.
- f) Aportar datos para la elaboración de estadísticas por la Autoridad Sanitaria que indiquen el nivel de implantación de la Vigilancia de la Salud en la Comunidad Autónoma en este tema.

#### Artículo 6.

Todos los centros de salud, servicios hospitalarios que atiendan a trabajadores accidentados, servicios de prevención y Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedad Profesional de la Seguridad Social notificarán todas las Exposiciones Accidentales con Riesgo Biológico que se produzcan en trabajadores en activo que por distintos vínculos pertenecen a su ámbito de actuación sanitaria.

Además, en el caso de los servicios de prevención y de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social se realizarán los seguimientos en aquellos casos en los que las exposiciones correspondan a trabajadores de su empresa o de empresas que tengan contratada la vigilancia de la salud o la contingencia de accidente de trabajo y enfermedad profesional:

- a) Seguimiento serológico del trabajador accidentado basándose en los criterios médicos y científicos existentes para cada tipo de exposición.

b) Notificación al sistema de todos los seguimientos realizados y sus resultados.

c) Notificación al sistema de la finalización y/o cierre de los seguimientos y el motivo.

#### Artículo 7.

La cumplimentación y tramitación de estos modelos por los sujetos obligados a efectuarlos, se realizará por medios electrónicos conforme a la aplicación informática que, a tal efecto, se aprueba en el siguiente artículo.

#### Artículo 8.

Sistema de Notificación electrónica de Exposiciones Accidentales con Riesgo Biológico, ARBio:

1. Se aprueban los programas y aplicaciones que hacen posible la notificación, por vía electrónica, de las Exposiciones Accidentales con Riesgo Biológico a la Autoridad Sanitaria.

2. El sistema de declaración electrónica "ARBio" se configura como el conjunto de medios que permite la presentación de documentos referidos en el apartado siguiente por vía electrónica. La Dirección General de Consumo y Salud Comunitaria será la responsable de la Administración del Sistema ARBio a través de la Sección de Salud Laboral perteneciente al Servicio de Seguridad Alimentaria y Salud Medioambiental, ante la cual se podrán ejercer los derechos de las personas contemplados en el Título III de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal.

3. Los documentos a notificar son los siguientes:

- Exposición por pinchazo o corte con material de origen humano.
- Exposición por contacto con piel y/o mucosas con material de origen humano.
- Exposición por pinchazo o corte con material de origen animal.
- Exposición por contacto con piel y/o mucosas con material de origen animal.

#### Artículo 9.

En aquellos casos en los que en el curso del seguimiento se desarrolle en el trabajador expuesto una enfermedad a consecuencia de la exposición, se procederá a su declaración correspondiente a

la Autoridad Laboral según lo dispuesto en la legislación vigente sobre Enfermedades Profesionales.

#### Artículo 10.

En el caso de los seguimientos realizados por las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social, éstas están obligadas a informar a los responsables médicos del servicio de prevención de la empresa a la que pertenece el trabajador, de todos los datos referentes a la exposición para que quede constancia de la misma en la historia clínico-laboral del trabajador y puedan así adoptar las medidas preventivas o de información/formación de los trabajadores que creen oportunas. Dicha información, dada la naturaleza de los datos que contiene, debe realizarse bajo las condiciones que establece la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos y previa firma por el trabajador accidentado del consentimiento para esta transmisión de datos.

#### Artículo 11.

La responsabilidad del cumplimiento de las actividades citadas en los artículos anteriores recaerá sobre el responsable médico del servicio de prevención, y el responsable del departamento médico en el caso de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social.

#### Artículo 12.

En el caso de que un trabajador sufra una enfermedad de transmisión sanguínea a consecuencia de una exposición accidental a riesgo biológico, y esto repercuta en su posterior incorporación a su puesto de trabajo por entrañar riesgo de entrañar riesgo de transmisión a los usuarios, se procederá a enviar el caso a la "Comisión de Evaluación para el estudio individualizado de Profesionales Sanitarios seropositivos para VIH y/o afectados por virus de transmisión sanguínea" que a tal efecto existirá en la Comunidad Autónoma de Extremadura.

#### Artículo 13.

Serán infracciones leves, graves o muy graves las así contempladas en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal y el Real Decreto Legislativo 5/2000, de 4 de agosto, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley sobre Infracciones y Sanciones en el Orden Social.

### DISPOSICIONES FINALES

Primera.- Se faculta al Director General de Consumo y Salud Comunitaria para dictar cuantas disposiciones sean necesarias para el desarrollo y ejecución de la presente Orden.

Segunda.- La presente Orden entrará en vigor a los 6 meses de su publicación en el Diario Oficial de Extremadura.

Mérida a 12 de febrero de 2004.

El Consejero de Sanidad y Consumo,  
GUILLERMO FERNÁNDEZ VARA

## ANEXO I

### REGULACIÓN DE LA UTILIZACIÓN DEL SISTEMA DE NOTIFICACIÓN DE EXPOSICIONES LABORALES CON RIESGO BIOLÓGICO - "ARBio"

Primera.- Objeto.

El presente Anexo tiene por objeto la regulación de la utilización del Sistema de Notificación de Exposiciones Accidentales con Riesgo Biológico de origen laboral "ARBio" accesible desde la dirección electrónica <http://www.sanidad.rts>

Segunda.- Requisitos de acceso al Sistema.

Los usuarios de "ARBio" deberán disponer de los medios técnicos cuyas características se detallan en el Anexo III de esta Orden y cumplir las obligaciones que les corresponden en aplicación de la Ley Orgánica 15/1999 de protección de datos de carácter personal.

Para solicitar la inclusión de "usuario" del Sistema deben enviar a la Consejería de Sanidad y Consumo una solicitud con los datos que se detallan en el Anexo II de esta Orden.

Tercera.- Conservación de documentos.

El Sistema ARBio conservará, con las correspondientes medidas de seguridad, la información (documentación) recibida por cada uno de los centros notificadores. Esta documentación será empleada para elaborar las estadísticas (oficiales) de estos sucesos en la Comunidad Autónoma de Extremadura, y será facilitada a todos los centros notificadores.

Cuarta.- Fecha de recepción e identificación de los documentos.

Los documentos presentados recibirán un número secuencial asignado por el Sistema que permita su identificación. A su vez, el Sistema enviará un correo electrónico al usuario informando de la recepción de la notificación como sistema de registro en base a la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, y Real Decreto 263/1996 sobre la utilización de técnicas electrónicas, informáticas y telemáticas por las Administraciones Públicas.

Quinta.- Garantías de los usuarios del Sistema.

El Administrador del Sistema podrá suspender o limitar el acceso al mismo, en casos debidamente justificados que supongan un peligro grave para el funcionamiento del Sistema, que deberá ser puesto en conocimiento de los usuarios mediante resolución debidamente motivada.

Los usuarios podrán, en cualquier momento, revocar su alta en el Sistema mediante solicitud dirigida a la Consejería de Sanidad y Consumo, tanto para las bajas definitivas de un centro notificador como para los cambios de titularidad del usuario.

Sexta.- Responsabilidades de los usuarios del Sistema.

La Consejería de Sanidad y Consumo, en cuanto responsable de la Administración del Sistema ARBio, queda exonerada de cualquier tipo de responsabilidad derivada del uso fraudulento por los usuarios del Sistema. A estos efectos, los usuarios asumen con carácter exclusivo la responsabilidad de la custodia de los elementos necesarios para el acceso al Sistema, así como de las consecuencias que pudieran derivarse del uso indebido, incorrecto o negligente de los mismos.

Séptima.- Protección de datos.

Este registro de Trabajadores expuestos a riesgos biológicos está considerado de "Nivel Alto" de Protección de datos. En todo caso, se atenderá al cumplimiento de las disposiciones contenidas en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, sobre protección de datos de carácter personal.

**ANEXO II**  
**SOLICITUD DE ALTA COMO USUARIO DEL**  
**SISTEMA DE NOTIFICACIÓN ARBio**

El Usuario/a que a continuación se identifica: **(Datos del Usuario)**

NOMBRE _____
APELLIDOS _____
NIF _____ CARGO _____

En representación del Centro Notificador **(datos del centro notificador)**:

NOMBRE: _____
DIRECCIÓN: C/AVD/ _____
LOCALIDAD _____ CODIGO POSTAL _____
TELEFONO: (____) ____ / ____ / ____ ; FAX: (____) ____ / ____ / ____
E-Mail : _____

SOLICITA ser dado/a de alta en el sistema de notificación de exposiciones accidentales con riesgo biológico ARBio

ACEPTA la responsabilidad que la pertenencia a un sistema de notificación de datos personales conlleva, en concreto los establecidos en la Ley 15/1999 y los definidos en la presente Orden.

En ..... a ..... de ..... de 200\_

Fdo.: .....

ILMO. DIRECTOR GENERAL DE CONSUMO Y SALUD COMUNITARIA. CONSEJERÍA DE SANIDAD Y CONSUMO. JUNTA DE EXTREMADURA

---

**ANEXO III**

**REQUERIMIENTOS PARA LOS USUARIOS DEL SISTEMA DE NOTIFICACIÓN DE**  
**EXPOSICIONES LABORALES CON RIESGO BIOLÓGICO - "ARBio"**

Navegador: Microsoft Internet Explorer 5.0 o superior

Conexión a Internet

Sistema operativo: Windows 98

Windows NT 4.0 Workstation y Server

Windows 2000 Professional y Server

Windows XP

---

## ANEXO IV

**FICHA DE NOTIFICACIÓN DE EXPOSICIÓN ACCIDENTAL  
CON RIESGO BIOLÓGICO DE ORIGEN LABORAL  
(para fluidos de procedencia humana)**

TIPO DE EXPOSICIÓN	ORIGEN DEL MATERIAL
Exposición por Pinchazo o Corte	Humano
Exposición Cutáneo-Mucosa	Animal

## IDENTIFICACIÓN DEL CENTRO NOTIFICADOR

- Tipo:**  Centro de Salud o Servicio de Urgencias  
 Servicio de Prevención Propio  
 Servicio de Prevención Ajeno  
 Mutua de Accidentes de Trabajo y EP de la SS

Nombre del Centro Notificador \_\_\_\_\_

CIF \_\_\_\_\_ CCC \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Localidad \_\_\_\_\_

Código Postal \_\_\_\_\_ Persona Notificadora \_\_\_\_\_

Teléfono contacto \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Datos personales del accidentado		
Nombre (*)	APELLIDOS (*)	
Sexo : Hombre / Mujer	CNO	Fecha Nacimiento
NIF (*)	Nº de la SS	
Dirección: C/Avd/Plaza		
Localidad	Código Postal	

EMPRESA	
Nombre o Razón Social (*)	CNAE
CIF	CCC
Dirección	SERVICIO DE PREVENCIÓN
Entidad con la que tiene contratada la contingencia de Enfermedad Profesional y Accidente de Trabajo	

(\*)OBLIGATORIO

CENTRO DE TRABAJO	DESCRIPCIÓN
Nombre	CIF
CNAE	CCC
Dirección: Calle/Avd/Plz _____	
Localidad	Código Postal

**DATOS DE LA EXPOSICIÓN ACCIDENTAL**

Fecha del Accidente	__ / __ / ____
Fecha de la notificación	__ / __ / ____
Antigüedad en el puesto _____ (en meses )	

Hora del día	
Hora de Trabajo 1 a 57	
Tipo de jornada	<input type="checkbox"/> Continua <input type="checkbox"/> Partida <input type="checkbox"/> A Turnos <input type="checkbox"/> Otras

DATOS LABORALES DEL ACCIDENTADO		
Categoría laboral: _____	Tipo Contrato	<input type="checkbox"/> Fijo <input type="checkbox"/> Contratado <input type="checkbox"/> Autónomo <input type="checkbox"/> Voluntariado <input type="checkbox"/> Formación Post grado <input type="checkbox"/> Formación Pregrado
CNO ____		
Área Laboral en la que ha ocurrido la exposición accidental		<input type="checkbox"/> SANITARIA ASISTENCIAL <input type="checkbox"/> SANITARIA NO ASISTENCIAL <input type="checkbox"/> MANTENIMIENTO <input type="checkbox"/> MANIPULACION Y TRANSPORTE DE MATERIAL DE RIESGO <input type="checkbox"/> LIMPIEZA <input type="checkbox"/> INVESTIGACIÓN <input type="checkbox"/> CENTROS UNIVERSITARIOS <input type="checkbox"/> DOCENCIA <input type="checkbox"/> CUERPOS DE SEGURIDAD <input type="checkbox"/> ONGs (Organizaciones No Gubernamentales) <input type="checkbox"/> PROTECCIÓN CIVIL <input type="checkbox"/> OTRAS ÁREAS

DATOS DE LA FUENTE	
DESCONOCIDA <input type="checkbox"/>	
CONOCIDA	Nombre (*)
APELLIDOS (*)	
Dirección de contacto y/ o tfno para poder avisarle de los datos de la analítica (*)	
Calle/Avd/Plz	
Localidad _____	Cod Postal _____
Teléfono de contacto ____ / ____ / ____ / ____	
Serología previa si es conocida y dentro de unos límites de fecha fiables : fecha de la serología (para cuando no coincida con la fecha del accidente) -- /-- /---	
OBSERVACIONES	

**Datos de la Exposición Accidental por PINCHAZO / CORTE**

CAMPO	DESCRIPCIÓN		
Lugar de la Exposición	<input type="checkbox"/> Hospitales:	<input type="checkbox"/> Especialidades médicas <input type="checkbox"/> Enfermedades infecciosas <input type="checkbox"/> Anatomía patológica <input type="checkbox"/> Laboratorio hemat / bioquímica <input type="checkbox"/> Laboratorio microbiología <input type="checkbox"/> Otros laboratorios <input type="checkbox"/> Urgencias <input type="checkbox"/> U.C.I. <input type="checkbox"/> Unidad de endoscopia <input type="checkbox"/> Cirugía General <input type="checkbox"/> Especialidades quirúrgicas <input type="checkbox"/> Obstetricia y Ginecología <input type="checkbox"/> Unidad de hemodiálisis <input type="checkbox"/> Traumatología <input type="checkbox"/> Radiología <input type="checkbox"/> Psiquiatría <input type="checkbox"/> Odontología <input type="checkbox"/> Unidad de toxicología <input type="checkbox"/> Asistencia domiciliaria <input type="checkbox"/> Unidad de extracciones <input type="checkbox"/> Hospital de día, área 24 horas <input type="checkbox"/> Lavandería <input type="checkbox"/> Mantenimiento <input type="checkbox"/> Otras	
		<input type="checkbox"/> Centro de Salud	<input type="checkbox"/> Centro de Salud <input type="checkbox"/> Consultorio <input type="checkbox"/> Domicilio de pacientes
		<input type="checkbox"/> CEDEX	
		<input type="checkbox"/> COPF	
	<input type="checkbox"/> Ambulancia		
	<input type="checkbox"/> Cuerpos de Seguridad	<input type="checkbox"/> Medios de transporte	
	<input type="checkbox"/> Protección Civil	<input type="checkbox"/> Locales	
		<input type="checkbox"/> Otros	
	<input type="checkbox"/> Laboratorios		
	<input type="checkbox"/> Departamentos Universitarios		
	<input type="checkbox"/> Residencias geriátricas	<input type="checkbox"/> Enfermería	
		<input type="checkbox"/> Habitación Residente	
		<input type="checkbox"/> Servicios Comunes	
	<input type="checkbox"/> Escuelas, <input type="checkbox"/> Institutos, <input type="checkbox"/> Guarderías		
	<input type="checkbox"/> Empresa:	<input type="checkbox"/> SPRL Propio	
		<input type="checkbox"/> Otros locales de la empresa	

	<input type="checkbox"/> MATEPSS	<input type="checkbox"/> Consultorio
		<input type="checkbox"/> Unidad Móvil
		<input type="checkbox"/> Otros locales
	<input type="checkbox"/> Consultorio privado	
	<input type="checkbox"/> Vía Pública	
	<input type="checkbox"/> Otros ( especificar)	

Estado Serológico Previo del accidentado	<input type="checkbox"/> Vacunado Hepatitis B Sí/ No	Fecha _____ Año _____
	<input type="checkbox"/> Vacunado Tétanos Sí/ No	Fecha _____ Año _____
	<input type="checkbox"/> Serología Anti HBs	Fecha _____ Año _____
	<input type="checkbox"/> Otra (Anti VHC, Anti VIH...)	Fecha _____ Año _____
Agente	<input type="checkbox"/> Jeringas desechables (estándar, insulina, tuberculina) <input type="checkbox"/> Jeringas precargadas <input type="checkbox"/> Jeringas de gasometría <input type="checkbox"/> Otro tipo de jeringas <input type="checkbox"/> Agujas de cateterismo EV <input type="checkbox"/> Agujas EV de acero (tipo palomita) <input type="checkbox"/> Agujas de conexión en tubo de vacío (tipo vacutainer) <input type="checkbox"/> Agujas de punción médula espinal o epidural <input type="checkbox"/> Agujas hipodérmicas no conectadas a jeringa <input type="checkbox"/> Otro tipo de material: <input type="checkbox"/> Lanceta <input type="checkbox"/> Aguja de sutura <input type="checkbox"/> Sierra para huesos <input type="checkbox"/> Cuchilla de rasurado <input type="checkbox"/> Pipeta de plástico <input type="checkbox"/> Tijeras <input type="checkbox"/> Bisturí <input type="checkbox"/> Trócar <input type="checkbox"/> Pinzas <input type="checkbox"/> Grapas <input type="checkbox"/> Instrumental de electrocauterización <input type="checkbox"/> Vial de medicación <input type="checkbox"/> Pipeta de cristal <input type="checkbox"/> Tubo de ensayo <input type="checkbox"/> Tubo de vacío <input type="checkbox"/> Capilar <input type="checkbox"/> Otro (especificar) ----- <input type="checkbox"/> Material de seguridad <input type="checkbox"/> No especificado	
La exposición, ¿ hubiera sido evitable si se hubiera utilizado material de seguridad?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

<p><u>Circunstancias</u> que han facilitado el accidente ( se puede indicar más de un ítem)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Mientras se usa el material</li> <li><input type="checkbox"/> Al pasar el material a otro compañero</li> <li><input type="checkbox"/> Al recoger el material</li> <li><input type="checkbox"/> Limpieza del material</li> <li><input type="checkbox"/> Recapuchar la aguja</li> <li><input type="checkbox"/> Al extraer la aguja de un soporte de goma u otros</li> <li><input type="checkbox"/> Mientras se transporta el material</li> <li><input type="checkbox"/> Al tirar el material al contenedor de residuos</li> <li><input type="checkbox"/> Por problemas en el contenedor de residuos (rotura, apertura, contenedor lleno)</li> <li><input type="checkbox"/> Material desechado en lugar inadecuado</li> <li><input type="checkbox"/> Falta de contenedor de residuos</li> <li><input type="checkbox"/> Falta de contenedor de punzantes</li> <li><input type="checkbox"/> Poco tiempo</li> <li><input type="checkbox"/> Mala organización...</li> <li><input type="checkbox"/> Al activar el mecanismo de protección del material de seguridad</li> <li><input type="checkbox"/> Aguja abandonada</li> <li><input type="checkbox"/> Otros (especificar) -----</li> </ul>
<p>TECNICA EMPLEADA EN EL MOMENTO ACCIDENTE</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Inyección IM</li> <li><input type="checkbox"/> Inyección SC</li> <li><input type="checkbox"/> Extracción venosa</li> <li><input type="checkbox"/> Inserción de catéter EV</li> <li><input type="checkbox"/> Extracción arterial</li> <li><input type="checkbox"/> Punción capilar</li> <li><input type="checkbox"/> Sutura</li> <li><input type="checkbox"/> Resto de actividad quirúrgica</li> <li><input type="checkbox"/> Obtención de otros fluidos corporales o muestras de tejido</li> <li><input type="checkbox"/> Procedimiento desconocido</li> <li><input type="checkbox"/> Otros (especificar) -----</li> </ul>
<p>Medios de Protección (EPIs) que se estaban utilizando</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Ninguno</li> <li><input type="checkbox"/> Mascarilla</li> <li><input type="checkbox"/> Gafas de protección</li> <li><input type="checkbox"/> Pantalla antisalpicadura</li> <li><input type="checkbox"/> Ropa de trabajo</li> <li><input type="checkbox"/> Ropa impermeable de trabajo</li> <li><input type="checkbox"/> Calzado</li> <li><input type="checkbox"/> Guante sanitario: Guante de látex, guante de vinilo, guante de nitrilo, guante de neopreno, guante de mayor grosor o doble</li> <li><input type="checkbox"/> Otros guantes</li> <li><input type="checkbox"/> Otros medios de protección</li> </ul>

Fluido Contaminante	<input type="checkbox"/> Sangre <input type="checkbox"/> Fluido Vaginal <input type="checkbox"/> Semen <input type="checkbox"/> LCR <input type="checkbox"/> Líquido Amniótico <input type="checkbox"/> Líquido Pleural <input type="checkbox"/> Líquido Pericardico <input type="checkbox"/> Jugo Gástrico <input type="checkbox"/> Líquido Peritoneal <input type="checkbox"/> Líquido Sinovial <input type="checkbox"/> Cultivo microorganismos <input type="checkbox"/> Otros (especificar) -----
Zona Corporal Expuesta	<input type="checkbox"/> Mano dcha. Dedo 1º, 2º, 3º, 4º, 5º <input type="checkbox"/> Mano Izq.: Dedo 1º, 2º, 3º, 4º, 5º <input type="checkbox"/> Brazo <input type="checkbox"/> Tronco <input type="checkbox"/> Abdomen <input type="checkbox"/> Pierna <input type="checkbox"/> Pié <input type="checkbox"/> Cabeza
Tipo de lesión	<input type="checkbox"/> Pinchazo <input type="checkbox"/> Corte <input type="checkbox"/> Rasguño
Profundidad de la lesión	<input type="checkbox"/> Superficial <input type="checkbox"/> Moderadamente profunda <input type="checkbox"/> Profunda
Actuación tras la exposición	Provocar el sangrado <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Lavado <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Desinfección <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Nada <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Profilaxis efectuada (serán campos SÍ/ NO)	<input type="checkbox"/> Vacunación Tétanos <input type="checkbox"/> Gammaglobulina antitetánica <input type="checkbox"/> Vacunación VHB <input type="checkbox"/> Gammaglobulina VHB <input type="checkbox"/> Vacunación de Hepatitis A <input type="checkbox"/> Otras vacunaciones (campo abierto) <input type="checkbox"/> Otras inmunoprofilaxis pasiva (Abierto) <input type="checkbox"/> Inicio Tratamiento antirretroviral <input type="checkbox"/> Tto. Antibiótico

El accidentado había recibido información/ formación del riesgo	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Coste Directos de la Exposición	_____ €
Medidas preventivas aplicadas tras investigación del accidente	_____
Descripción breve de cómo ha sucedido el accidente	_____ _____
Incidencias y comentarios	_____ _____

**Declaración del trabajador accidentado:**

Declaro que son ciertos cuantos datos he comunicado en relación con la exposición accidental con riesgo biológico que he sufrido. Autorizo el tratamiento de los mismos para la notificación de mi exposición accidental a la Autoridad Sanitaria, así como el intercambio de datos que sean necesarios para el seguimiento analítico de mi exposición amparado por la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal"

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 200 \_

**Firma del trabajador accidentado**

**Firma del notificador  
(Y sello del centro notificador)**

**Fdo.:** \_\_\_\_\_

**Fdo:** \_\_\_\_\_

Entregar una copia debidamente firmada y sellada al trabajador accidentado

### Datos de la Exposición Accidental CUTÁNEO-MUCOSA

CAMPO	DESCRIPCIÓN	
Lugar de la Exposición	<input type="checkbox"/> Hospitales: <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Especialidades médicas</li> <li><input type="checkbox"/> Enfermedades infecciosas</li> <li><input type="checkbox"/> Anatomía patológica</li> <li><input type="checkbox"/> Laboratorio hemat / bioquímica</li> <li><input type="checkbox"/> Laboratorio microbiología</li> <li><input type="checkbox"/> Otros laboratorios</li> <li><input type="checkbox"/> Urgencias</li> <li><input type="checkbox"/> U.C.I.</li> <li><input type="checkbox"/> Unidad de endoscopia</li> <li><input type="checkbox"/> Cirugía General</li> <li><input type="checkbox"/> Especialidades quirúrgicas</li> <li><input type="checkbox"/> Obstetricia y Ginecología</li> <li><input type="checkbox"/> Unidad de hemodialisis</li> <li><input type="checkbox"/> Traumatología</li> <li><input type="checkbox"/> Radiología</li> <li><input type="checkbox"/> Psiquiatría</li> <li><input type="checkbox"/> Odontología</li> <li><input type="checkbox"/> Unidad de toxicología</li> <li><input type="checkbox"/> Asistencia domiciliaria</li> <li><input type="checkbox"/> Unidad de extracciones</li> <li><input type="checkbox"/> Hospital de día, area 24 horas</li> <li><input type="checkbox"/> Lavandería</li> <li><input type="checkbox"/> Mantenimiento</li> <li><input type="checkbox"/> Otras</li> </ul>	
	<input type="checkbox"/> Centro de Salud	<input type="checkbox"/> Centro de Salud <input type="checkbox"/> Consultorio <input type="checkbox"/> Domicilio de pacientes
	<input type="checkbox"/> CEDEX	
	<input type="checkbox"/> COPF	
	<input type="checkbox"/> Ambulancia	
	<input type="checkbox"/> Cuerpos de Seguridad	<input type="checkbox"/> Medios de transporte
	<input type="checkbox"/> Protección Civil	<input type="checkbox"/> Locales
	<input type="checkbox"/> Laboratorios	<input type="checkbox"/> Otros
	<input type="checkbox"/> Departamentos Universitarios	
	<input type="checkbox"/> Residencias geriátricas	<input type="checkbox"/> Enfermería <input type="checkbox"/> Habitación Residente <input type="checkbox"/> Servicios Comunes
	<input type="checkbox"/> Escuelas, <input type="checkbox"/> Institutos, <input type="checkbox"/> Guarderías	
	<input type="checkbox"/> Empresa:	<input type="checkbox"/> SPRL Propio
	<input type="checkbox"/> MATEPSS	<input type="checkbox"/> Otros locales de la empresa <input type="checkbox"/> Consultorio <input type="checkbox"/> Unidad Móvil <input type="checkbox"/> Otros locales
	<input type="checkbox"/> Consultorio privado	
	<input type="checkbox"/> Vía Pública	
<input type="checkbox"/> Otros ( especificar)		

Estado Serológico Previo del accidentado	<input type="checkbox"/> Vacunado Hepatitis B Sí/ No	Fecha _____ Año _____
	<input type="checkbox"/> Vacunado Tétanos Sí/ No	Fecha _____ Año _____
	<input type="checkbox"/> Serología Anti HBs	Fecha _____ Año _____
	<input type="checkbox"/> Otra (Anti VHC, Anti VIH...)	Fecha _____ Año _____

Fluido contaminante	<input type="checkbox"/> Sangre y derivados <input type="checkbox"/> Vómitos <input type="checkbox"/> Líquido Cefalorraquídeo <input type="checkbox"/> Líquido Pleural <input type="checkbox"/> Líquido sinovial <input type="checkbox"/> Líquido pericárdico <input type="checkbox"/> Líquido amniótico <input type="checkbox"/> Jugo gástrico <input type="checkbox"/> Orina <input type="checkbox"/> Heces <input type="checkbox"/> Saliva / esputo <input type="checkbox"/> Secreciones nasales <input type="checkbox"/> Otros (describir....)
Medios de Protección (EPIs)	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Mascarilla <input type="checkbox"/> Gafas de protección <input type="checkbox"/> Pantalla antisalpicadura <input type="checkbox"/> Ropa de trabajo <input type="checkbox"/> Ropa impermeable de trabajo <input type="checkbox"/> Calzado <input type="checkbox"/> Guante sanitario látex / vinilo <input type="checkbox"/> Doble guante <input type="checkbox"/> Material de seguridad
Zona Corporal Expuesta	<input type="checkbox"/> Piel intacta <input type="checkbox"/> Piel no intacta (manos, dedos) <input type="checkbox"/> Conjuntiva <input type="checkbox"/> Mucosa Nasal <input type="checkbox"/> Mucosa Oral
Tiempo de exposición Fluido	<input type="checkbox"/> Menos de 5 minutos <input type="checkbox"/> De 5-14 minutos <input type="checkbox"/> De 15 minutos a 1 hora <input type="checkbox"/> Más de 1 hora
Estimación de la cantidad de fluido expuesto	<input type="checkbox"/> Poca cantidad (Unas gotas) <input type="checkbox"/> Cantidad moderada (inferior a 5 a 10 cc) <input type="checkbox"/> Gran cantidad

<p>CIRCUNSTANCIAS que han propiciado la exposición accidental <u>Permitirá incluir más de un ítem</u></p>	<p><input type="checkbox"/> Mientras se usa el material  <input type="checkbox"/> Exposición directa al paciente  <input type="checkbox"/> Rotura del frasco o contenedor  <input type="checkbox"/> Al recoger el material  <input type="checkbox"/> Mientras se transporta el material  <input type="checkbox"/> Al tirar el material al contenedor de residuos  <input type="checkbox"/> Material desechado en lugar inadecuado  <input type="checkbox"/> Falta de contenedor de residuos  <input type="checkbox"/> Poco tiempo  <input type="checkbox"/> Mala organización...</p>
<p>Actuación tras la exposición</p>	<p>Lavado <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO  Desinfección <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO  Lavado y desinfección <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO  Nada <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO</p>
<p>Profilaxis efectuada</p>	<p>Vacunación Tétanos <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO  Gammaglobulina antitetánica <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO  Vacunación VHB <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO  Gammaglobulina VHB <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO  Vacunación de Hepatitis A <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO  Otras vacunaciones _____  Otras inmunoprofilaxis pasiva _____  Inicio Tratamiento antirretroviral: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO  Tto. Antibiótico <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO</p>
<p>El accidentado había recibido información/ formación del riesgo</p>	<p><input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO</p>

### Declaración del trabajador accidentado:

Declaro que son ciertos cuantos datos he comunicado en relación con la exposición accidental con riesgo biológico que he sufrido. Autorizo el tratamiento de los mismos para la notificación de mi exposición accidental a la Autoridad Sanitaria, así como el intercambio de datos que sean necesarios para el seguimiento analítico de mi exposición amparado por la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal"

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 200\_\_

**Firma del trabajador accidentado**

**Firma del notificador  
(Y sello del centro notificador)**

**Fdo.:** \_\_\_\_\_

**Fdo:** \_\_\_\_\_

Entregar una copia debidamente firmada y sellada al trabajador accidentado

## FICHA DE NOTIFICACIÓN DE EXPOSICIÓN ACCIDENTAL CON RIESGO BIOLÓGICO DE ORIGEN LABORAL

(para fluidos de procedencia animal)

TIPO DE EXPOSICIÓN	ORIGEN DEL MATERIAL
Exposición por Pinchazo o Corte	Humano
Exposición Cutáneo-Mucosa	Animal

### IDENTIFICACIÓN DEL CENTRO NOTIFICADOR

- Tipo:**  Centro de Salud o Servicio de Urgencias  
 Servicio de Prevención Propio  
 Servicio de Prevención Ajeno  
 Mutua de Accidentes de Trabajo y EP de la SS

Nombre del Centro Notificador \_\_\_\_\_  
 CIF \_\_\_\_\_ CCC \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_ Localidad \_\_\_\_\_  
 Código Postal \_\_\_\_\_ Persona Notificadora \_\_\_\_\_  
 Teléfono contacto \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Datos personales del accidentado		
Nombre (*)	APELLIDOS (*)	
Sexo : Hombre / Mujer	CNO	Fecha Nacimiento
NIF (*)	Nº de la SS	
Dirección: C/Avd/Plaza		
Localidad	Código Postal	

EMPRESA	
Nombre o Razón Social (*)	CNAE
CIF	CCC
Dirección	SERVICIO DE PREVENCIÓN
Entidad con la que tiene contratada la contingencia de Enfermedad Profesional y Accidente de Trabajo	

(\*)OBLIGATORIO

CENTRO DE TRABAJO	DESCRIPCIÓN
Nombre	CIF
CNAE	CCC
Dirección: Calle/Avd/Plz _____	
Localidad	Código Postal

### DATOS DE LA EXPOSICIÓN ACCIDENTAL

Fecha del Accidente	__ / __ / ____
Fecha de la notificación	__ / __ / ____
Antigüedad en el puesto _____ (en meses )	

Hora del día	
Hora de Trabajo 1 a 57	
Tipo de jornada	<input type="checkbox"/> Continua
	<input type="checkbox"/> Partida
	<input type="checkbox"/> A Turnos
	<input type="checkbox"/> Otras

DATOS LABORALES DEL ACCIDENTADO		
Categoría laboral: _____ CNO    ___	Tipo Contrato <input type="checkbox"/> Fijo <input type="checkbox"/> Contratado <input type="checkbox"/> Autónomo <input type="checkbox"/> Voluntariado <input type="checkbox"/> Formación Post grado <input type="checkbox"/> Formación Pregrado	Subcontrata : <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No.
Área Laboral en la que ha ocurrido la exposición accidental	<input type="checkbox"/> VETERINARIA ASISTENCIAL <input type="checkbox"/> VETERINARIA NO ASISTENCIAL <input type="checkbox"/> GANADERÍA Y/O PASTOREO <input type="checkbox"/> MATADERO <input type="checkbox"/> ANIMALARIOS / RESIDENCIAS DE ANIMALES <input type="checkbox"/> MANTENIMIENTO <input type="checkbox"/> MANIPULACION Y TRANSPORTE DE MATERIAL DE RIESGO <input type="checkbox"/> SERVICIOS DE LIMPIEZA <input type="checkbox"/> INVESTIGACIÓN <input type="checkbox"/> CENTROS UNIVERSITARIOS <input type="checkbox"/> DOCENCIA <input type="checkbox"/> CUERPOS DE SEGURIDAD <input type="checkbox"/> TRANSPORTE DE ANIMALES <input type="checkbox"/> PROTECCIÓN CIVIL <input type="checkbox"/> OTRAS ÁREAS	

DATOS DE LA FUENTE			
DESCONOCIDA			
CONOCIDA	Material de vacunas	Tipo Vacuna (indicar el nombre):	<input type="checkbox"/> Viva - Atenuada <input type="checkbox"/> Toxoide <input type="checkbox"/> Muerta <input type="checkbox"/> Sintética
	Animal sano	Nombre o identificación del dueño, ganadería _____	
		Ganadería saneada <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
	Animal enfermo	Nombre o identificación del dueño, ganadería _____	
		Ganadería saneada <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
		Animal fuente con enfermedad conocida (subrayar la adecuada): Hidatidosis, Brucelosis, Rabia, Mycobacterias, Carbunco, psitacosis, Hidatidosis, Encefalopatía espongiiforme bovina Otras: Leptospirosis, carbunco, nódulo de los ordeñadores, fiebre aftosa, Listeria, Campilobacter, encefalitis por mixovirus, erisipeloide, Pasasitosis, Rickettsias	

## EXPOSICIÓN ACCIDENTAL POR PINCHAZO O CORTE DE ORIGEN ANIMAL

CAMPO	DESCRIPCIÓN
Lugar de la Exposición	<input type="checkbox"/> Mataderos <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Recepción, Pesado, Descarga y Establo</li> <li><input type="checkbox"/> Traslado, Aturdido, Colgado</li> <li><input type="checkbox"/> Degollado, sangrado, desollado</li> <li><input type="checkbox"/> Apertura pecho, Esquinado</li> <li><input type="checkbox"/> Eviscerado, tripería</li> <li><input type="checkbox"/> Salado de cueros</li> <li><input type="checkbox"/> Sellado, pesado, Oreo, Refrigeración</li> </ul>
	<input type="checkbox"/> Clínica Veterinaria
	<input type="checkbox"/> Animalarios
	<input type="checkbox"/> Alojamiento (Perreras...)
	<input type="checkbox"/> Unidades eliminación residuos (depuradoras)
	<input type="checkbox"/> Explotación ganadera
	<input type="checkbox"/> Laboratorios
	<input type="checkbox"/> Transporte de ganado
	<input type="checkbox"/> Animales de experimentación
	<input type="checkbox"/> Centros de Formación
	<input type="checkbox"/> Otros

Estado Serológico Previo	Vacunado Tétanos <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO _____ Año Vacunado Rabia ..... <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO _____ Año Titulo Antibrucela _____ Año Mantoux (+) / (-) _____ Año Vacunado Hepatitis B <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO _____ Año Otras
Agente	<input type="checkbox"/> Agujas <input type="checkbox"/> Material de Cultivos Celulares <input type="checkbox"/> Cuchillos <input type="checkbox"/> Ganchos <input type="checkbox"/> Dientes <input type="checkbox"/> Garras
Medios de Protección (EPIs)	<input type="checkbox"/> Mascarilla : <input type="checkbox"/> Gafas de protección <input type="checkbox"/> Pantalla antisalpicadura <input type="checkbox"/> Ropa de trabajo <input type="checkbox"/> Ropa impermeable de trabajo <input type="checkbox"/> Botas <input type="checkbox"/> Guantes
Fluido contaminante	<input type="checkbox"/> Sangre <input type="checkbox"/> LCR, Líquido sinovial, Líquido pleural. Líquido pericárdico, líquido amniótico, <input type="checkbox"/> Otros líquidos con sangre visible <input type="checkbox"/> Material de vacunas <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Desconocido
Zona Corporal Expuesta	<input type="checkbox"/> Cabeza <input type="checkbox"/> Tronco <input type="checkbox"/> Pierna, pié <input type="checkbox"/> Brazo <input type="checkbox"/> Mano dcha. Izq <input type="checkbox"/> Dedo 1° - 5°
Tipo de lesión	<input type="checkbox"/> Pinchazo <input type="checkbox"/> Picadura <input type="checkbox"/> Corte <input type="checkbox"/> Cornada <input type="checkbox"/> Rasguño <input type="checkbox"/> Patada <input type="checkbox"/> Mordedura <input type="checkbox"/> Otros
Profundidad de la lesión	<input type="checkbox"/> Superficial ( escoriación con mínimo sangrado) <input type="checkbox"/> Moderadamente profunda <input type="checkbox"/> Profunda ( Corte o pinchazo profundo que sangra espontáneamente)
Estimación de la cantidad de fluido expuesto	

Actuación tras la exposición	Provocar el sangrado <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Lavado <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Desinfección <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Limpieza quirúrgica <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Nada <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Profilaxis efectuada	Vacunación Tétanos <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Gammaglobulina antitetánica <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Vacunación Rabia <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Vacunación de Hepatitis A y o B <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Otras vacunaciones <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Otras inmunoprofilaxis pasiva <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Tto. Antibiótico: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO _____
Circunstancias que han facilitado la exposición <u>Permitirá incluir más de un ítem</u>	<input type="checkbox"/> Mientras se usa el material: <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Al pasar el material a otro compañero</li> <li><input type="checkbox"/> Al recoger el material</li> <li><input type="checkbox"/> Limpieza del material</li> <li><input type="checkbox"/> Recapuchar la aguja</li> </ul> <input type="checkbox"/> Al extraer la aguja de un soporte de goma u otros <input type="checkbox"/> Mientras se transporta el material <input type="checkbox"/> Al tirar el material al contenedor de residuos <input type="checkbox"/> Por problemas en el contenedor de residuos (rotura, apertura, contenedor lleno) <input type="checkbox"/> Material desechado en lugar inadecuado <input type="checkbox"/> Falta de contenedor de residuos <input type="checkbox"/> Falta de contenedor de punzantes <input type="checkbox"/> Poco tiempo
Si el accidentado había recibido información/formación del riesgo	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
La exposición hubiera sido evitable si se hubiera utilizado un material de seguridad?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Medidas preventivas aplicadas tras investigación del accidente	
Incidencias y comentarios	

<b>PICADURAS DE ARTRÓPODOS O INSECTOS VECTORES</b>	
Garrapata	¿Ha aplastado el vector junto a la picadura? Si /No
Pulga	
Mosquito	¿Ha intentado extraer restos del vector de la picadura? Si /No
Chinche	
Otro	
Desconocido	
Enfermedad con Posibilidad de transmisión _____ _____	

**Declaración del trabajador accidentado:**

Declaro que son ciertos cuantos datos he comunicado en relación con la exposición accidental con riesgo biológico que he sufrido. Autorizo el tratamiento de los mismos para la notificación de mi exposición accidental a la Autoridad Sanitaria, así como el intercambio de datos que sean necesarios para el seguimiento analítico de mi exposición amparado por la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal"

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 200 \_

**Firma del trabajador accidentado**

**Firma del notificador  
(Y sello del centro notificador)**

**Fdo.:** \_\_\_\_\_

**Fdo:** \_\_\_\_\_

Entregar una copia debidamente firmada y sellada al trabajador accidentado

**EXPOSICIÓN ACCIDENTAL CUTÁNEO - MUCOSA DE ORIGEN ANIMAL**

CAMPO	DESCRIPCIÓN
Lugar de la Exposición	<input type="checkbox"/> Recepción, Pesado, Descarga y Establo
	<input type="checkbox"/> Traslado, Aturdido, Colgado
	<input type="checkbox"/> Degollado, sangrado, desollado
	<input type="checkbox"/> Apertura pecho, Esquinado
	<input type="checkbox"/> Eviscerado, tripería
	<input type="checkbox"/> Salado de cueros
	<input type="checkbox"/> Sellado, pesado, Oreo, Refrigeración
	<input type="checkbox"/> Clínica Veterinaria
	<input type="checkbox"/> Animalarios
	<input type="checkbox"/> Alojamientos (Perreras...)
	<input type="checkbox"/> Unidades eliminación residuos (depuradoras)
	<input type="checkbox"/> Explotación ganadera
	<input type="checkbox"/> Laboratorios
	<input type="checkbox"/> Transporte de ganado
Estado Serológico Previo	Vacunado Tétanos <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO    _____ Año
	Vacunado Rabia ..... <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO    _____ Año
	Título Antibrucela _____
	Mantoux (+) / (-) _____ Año
	Vacunado Hepatitis B <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO    _____ Año
Equipo de Protección (EPIs)	<input type="checkbox"/> Mascarilla :
	<input type="checkbox"/> Gafas de protección
	<input type="checkbox"/> Pantalla antisalpicadura
	<input type="checkbox"/> Ropa de trabajo
	<input type="checkbox"/> Ropa impermeable de trabajo
	<input type="checkbox"/> Botas
	<input type="checkbox"/> Guantes
	<input type="checkbox"/> Doble guante
	<input type="checkbox"/> Material de Seguridad

Fluido contaminante	<input type="checkbox"/> Sangre <input type="checkbox"/> LCR, <input type="checkbox"/> Líquido sinovial, <input type="checkbox"/> Líquido pleural. <input type="checkbox"/> Líquido pericárdico, <input type="checkbox"/> líquido amniótico, <input type="checkbox"/> Otros líquidos con sangre visible <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Heces, <input type="checkbox"/> saliva, <input type="checkbox"/> jugo gástrico, <input type="checkbox"/> vómitos <input type="checkbox"/> otros
Zona Corporal Expuesta	<input type="checkbox"/> Piel intacta <input type="checkbox"/> Piel no intacta (manos, dedos) <input type="checkbox"/> Conjuntiva <input type="checkbox"/> Mucosa Oral <input type="checkbox"/> Mucosa Nasal
Estimación de la cantidad de fluido expuesto	<input type="checkbox"/> Poca cantidad (unas gotas) <input type="checkbox"/> Cantidad moderada (10 a 30 cc) <input type="checkbox"/> Gran cantidad
Tiempo de exposición del fluido	<input type="checkbox"/> Menos de 5 minutos <input type="checkbox"/> De 5 a 14 minutos <input type="checkbox"/> De 15 minutos a 1 hora <input type="checkbox"/> Más de 1 hora
Actuación tras la exposición	<input type="checkbox"/> Lavado SI / NO <input type="checkbox"/> Desinfección Si/No <input type="checkbox"/> Lavado y desinfección Si/No <input type="checkbox"/> Nada Si/No
Profilaxis efectuada (Serán campos SI/NO)	<input type="checkbox"/> Vacunación Tétanos <input type="checkbox"/> Gammaglobulina antitetánica <input type="checkbox"/> Vacunación Rabia <input type="checkbox"/> Gammaglobulina antirrábica <input type="checkbox"/> Otras vacunaciones <input type="checkbox"/> Otras inmunoprofilaxis pasiva <input type="checkbox"/> Tto. Antibiótico
Circunstancias que han facilitado la ocurrencia de la exposición	<input type="checkbox"/> Al alimentar a los animales <input type="checkbox"/> Exposición directa <input type="checkbox"/> En procesos de limpieza habituales <input type="checkbox"/> Rotura del frasco o contenedor <input type="checkbox"/> Falta de tiempo <input type="checkbox"/> Escasez de plantilla <input type="checkbox"/> Mala organización... <input type="checkbox"/> Limpieza del material <input type="checkbox"/> Mientras se transporta el material <input type="checkbox"/> Al tirar el material al contenedor de residuos <input type="checkbox"/> Otros

Había recibido el trabajador información/formación del riesgo	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Coste de la Exposición (Costes directos)	_____ €
Medidas preventivas aplicadas tras investigación del accidente	Si (especificar)
	No
Incidencias y comentarios	

**Declaración del trabajador accidentado:**

Declaro que son ciertos cuantos datos he comunicado en relación con la exposición accidental con riesgo biológico que he sufrido. Autorizo el tratamiento de los mismos para la notificación de mi exposición accidental a la Autoridad Sanitaria, así como el intercambio de datos que sean necesarios para el seguimiento analítico de mi exposición amparado por la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal"

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 200 \_

**Firma del trabajador accidentado**

**Firma del notificador  
(Y sello del centro notificador)**

**Fdo.:** \_\_\_\_\_

**Fdo:** \_\_\_\_\_

Entregar una copia debidamente firmada y sellada al trabajador accidentado

\_\_\_\_\_