

# PROFILAXIA PÓS EXPOSIÇÃO AO HIV



Ficha de Notificação N° \_\_\_\_\_

## Identificação

Nome da US a prestar a atenção: \_\_\_\_\_

Se é uma referência, nome da US que referiu: \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_ Idade \_\_\_\_\_

Local de trabalho (US e serviço) \_\_\_\_\_

## Acidente

Data \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_

Circunstâncias: \_\_\_\_\_

## Avaliação

Data \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_

## Condição do doente fonte

Teste para HIV: Positivo  Negativo  Desconhecido

Teste não disponível  Avaliação clínica: Com SIDA  Sem SIDA

## Condição do trabalhador de saúde

Teste para HIV: Positivo  Negativo  Recusa teste

Teste não disponível  Grávida: Sim  Não  Não se aplica

## Avaliação do risco

TIPO DE ACIDENTE	DOENTE FONTE		
	HIV+ C/SIDA	HIV+ S/SIDA	DESC.
<b>Exposição massiva:</b> Picada profunda <input type="checkbox"/> Dispositivo intravascular <input type="checkbox"/> Agulha perfurada de grande calibre <input type="checkbox"/> Produto de laboratório concentrado <input type="checkbox"/>	Iniciar Kit 2 para todos os casos		
<b>Exposição intermediária:</b> Corte com um bisturi através das luvas <input type="checkbox"/> Picada superficial com agulha em bisel <input type="checkbox"/>	Iniciar Kit 2	Iniciar Kit 1	
<b>Exposição mínima:</b> Simples erosão epidérmica com agulha de sutura ou de pequeno calibre <input type="checkbox"/>	Não iniciar PPE		

**Tipo de tratamento:**Kit 1  Referido para teste e/ou tratamento  Kit 2  Transaminases Não necessita tratamento  Análises pedidas: Hemograma  VS 

Comentários: \_\_\_\_\_

Nome do técnico: \_\_\_\_\_ Categoria: \_\_\_\_\_

Data da consulta de seguimento: \_\_\_\_\_ Referido para: \_\_\_\_\_

**PROFILAXIA PÓS EXPOSIÇÃO AO HIV****Ficha de Seguimento ao Trabalhador de Saúde**

Nome da US a prestar a atenção: \_\_\_\_\_

Se é uma referência, nome da US que referiu: \_\_\_\_\_

	Inicial	Semana 2	Semana 4	Semana 6	Mês 3	Mês 6	Mês 9
Data							
<b>Análises de laboratório</b>							
Hemograma							
VS							
Transaminase							
HIV							
Serologia das hepatites							

**Nota:** Para a consulta e seguimentos (semana 2, 4, 6, mês 3, 6 e 9), por favor datar, identificar o técnico que realizou a atenção e resumir brevemente a avaliação clínica, efeitos secundários, referências realizadas, aconselhamento e outros, segundo a necessidade.

**Consulta inicial.** Data: \_\_\_\_\_ Nome do técnico: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Seguimentos:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Alta.** Data: \_\_\_\_\_ Nome do técnico: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_