**Registro de Accidente Cortopunzante**

 **COUCh y Campos Clínicos Extramurales**

**DATOS DEL ESTUDIANTE**

|  |  |
| --- | --- |
| **NOMBRE** | **RUT** |
| **DIRECCIÓN** | **TELÉFONO** |
| **MAIL** | **PREVISIÓN (INDICAR NOMBRE DE ISAPRE SI CORRESPONDE)** |
| **ASIGNATURA (PREGRADO) / ESPECIALIDAD** | **SEMESTRE** |
| **CONVENIO MUTUAL (INDICAR NOMBRE SI CORRESPONDE)** | **CENTRO ASISTENCIAL DONDE OCURRIÓ EL ACCIDENTE** |
| **TUTOR A CARGO (CENTRO DE SALUD)** | **TUTOR A CARGO (FOUCh)** |
| **FECHA Y HORA DEL ACCIDENTE** | **FECHA Y HORA DE NOTIFICACIÓN** |
| **NOMBRE TESTIGO DEL ACCIDENTE** | **SE IDENTIFICA A PACIENTE FUENTE (SÍ/NO)** |

|  |
| --- |
| **TIPO DE ACCIDENTE CORTOPUNZANTE** |
| 1. **PUNCIÓN CON AGUJA HUECA**
 |  |
| 1. **PUNCIÓN CON AGUJA DE SUTURA**
 |  |
| 1. **PUNCIÓN CON LANCETA**
 |  |
| 1. **PUNCIÓN CON INSTRUMENTAL**
 |  |
| 1. **SALPICADURA DE SANGRE A CONJUNTIVA OCULAR**
 |  |
| 1. **OTRO (DESCRIBA)**
 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **USO DE EPP**  | **SÍ** | **NO** |
| 1. **MASCARILLA**
 |  |  |
| 1. **GUANTES**
 |  |  |
| 1. **GAFAS O PANTALLA**
 |  |  |

|  |
| --- |
| **MOMENTO DEL ACCIDENTE** |
| **ANTES DEL PROCEDIMIENTO** | **DURANTE EL PROCEDIMIENTO** | **DESPUÉS DEL PROCEDIMIENTO (INDICAR CUÁNTO TIEMPO DESPUÉS)** |
|  |  |  |

**Paciente firma consentimiento SÍ \_\_\_\_ NO\_\_\_**

**Se realiza consejería VIH al paciente SÍ \_\_\_\_ NO\_\_\_**

**Se toma muestra de sangre al paciente SÍ \_\_\_\_ NO\_\_\_**

**Nombre del funcionario/a que toma la muestra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Estudiante activa seguro escolar SÍ \_\_\_\_ NO\_\_\_**

**Se deriva al estudiante a:**

**Mutual en convenio con el empleador del mismo estudiante.**

**Servicio de Urgencia Hospitalario Público más cercano (para estudiantes sin convenio con mutualidad).**

 **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**(Nombre y firma del profesional que notifica)**

**(Timbre del Establecimiento de Salud)**