

Fecha: 30/06/2017	 Universidad Central Facultad de Ciencias de la Salud FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD	1º Version
	CARRERA DE ENFERMERIA	Autoriza: Dirección de Escuela

Página N° 1

ANEXO 29

FORMULARIO DE NOTIFICACIÓN

ACCIDENTES CORTOPUNZANTES

Fecha: 30/06/2017	 FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD	1º Version
	CARRERA DE ENFERMERIA	Autoriza: Dirección de Escuela

Página N° 2

FORMULARIO NOTIFICACIÓN Informe accidente corto punzante

I. Identificación

*_

Nombre alumno	
Rut	
Carrera	
Año en curso	
Práctica profesional	
Campo clínico	
Fecha del accidente	
Docente a cargo/Coordinador asignatura	
Teléfono de Contacto del Estudiante	

II. Inmunización Previa

Ha recibido Vacuna Hepatitis B Si___ No___ N°Dosis: ___
Fecha última Dosis_____

III. Estado de Salud

Embarazo Actual: Si___ No___ N° semanas de Gestación: _____

Enfermedades relevantes:

--

Uso de Fármacos habituales:

--

Fecha: 30/06/2017	 FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD	1º Version
	CARRERA DE ENFERMERIA	Autoriza: Dirección de Escuela

Página N° 3

IV. Descripción accidente

Fecha:	Hora:	Lugar:		
Tipo accidente	Salpicadura:	Cortopunzante:	Bisturí	Aguja Hueca
		Otro:		Aguja Sutura:
Sitio afectado:				
Origen del fluido				

V. Datos de la fuente

Conocida: Si__ No__

Bolsa de Basura	Caja cortopunzante	Otro:
-----------------	--------------------	-------

Nombre paciente	
Rut	
Unidad	
Serología (+) o (-) del paciente	
Dirección	
Teléfono	

VI. Seguimiento

I. Datos de quien notifica:

Nombre	
Cargo	
Firma	

II. En caso de rechazo de atención

YO: _____ RUT: _____

DECLARO HABER RECIBIDO LA ORIENTACIÓN POR PARTE DEL DOCENTE CLÍNICO RESPECTO DE LAS ACCIONES A SEGUIR LUEGO DE SUFRIR UN ACCIDENTE CORTOPUNZANTE. A PESAR DE ESTO RECHAZO LA ATENCIÓN DE URGENCIA.

FIRMA: _____