

**MODALITÀ DA SEGUIRE IN CASO DI
INFORTUNIO O DI AVVENUTO CONTAGIO**

**DISPOSIZIONI RELATIVE AGLI INFORTUNI DEGLI STUDENTI
DURANTE IL TIROCINIO**

Lo studente infortunato ha l'obbligo di seguire le seguenti procedure (al fine di attivare la procedura di sorveglianza Sanitaria e la risoluzione dell'infortunio):

PROCEDURA A

INFORTUNIO NON A RISCHIO BIOLOGICO

- a) informare il proprio responsabile (tutor clinico o coordinatore del CdL o responsabile del Servizio o Infermiere responsabile dell'U.O.)
- b) compilare la scheda dati infortunio **MOD A** (Allegato 7bis) o, in alternativa, **dichiarazione timbrata e firmata** dal Tutor o dal Coordinatore Infermieristico o suo delegato o dall'Infermiere guida di tirocinio del Servizio ove è avvenuto l'incidente, attestante le esatte modalità dell'accaduto;
- c) recarsi presso il più vicino **Pronto Soccorso** con il **MOD A** o la dichiarazione timbrata e firmata del luogo ove è avvenuto l'incidente, attestante le esatte modalità dell'accaduto e tenere foglio di prognosi/dimissioni da conservare per gli uffici universitari
- d) con il documento rilasciato dal Pronto soccorso e la sopracitata dichiarazione, lo studente, dovrà inviare tempestivamente **entro le 12 ore successive l'evento** tutta la documentazione al seguente indirizzo mail: infortuni@unito.it o telefonare al seguente numero **011.6704057** (Sig. Ruffino) per concordare modalità e luogo di consegna dei documenti.

PROCEDURA B

INFORTUNIO A RISCHIO BIOLOGICO

Al fine di attivare la procedura di sorveglianza Sanitaria e la risoluzione dell'infortunio, soltanto in caso di infortunio che comporti un rischio biologico, avviare la procedura A (vedi pag.18) e successivamente compilare la Scheda Rilevazione Dati Operatore Infortunio e paziente fonte (MOD B Allegato 7ter).

Per gli studenti della sede di Ivrea tutta la documentazione dovrà essere consegnata per l'attivazione della sorveglianza sanitaria del caso a:

- * Servizio Medico Competente del P.O. di Ivrea, Dott.ssa Teresa Lubrano dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 15.30 – Tel 0125-414257

Inoltre lo studente dovrà inviare tempestivamente **entro le 12 ore successive l'evento** tutta la documentazione al seguente indirizzo mail: infortuni@unito.it o telefonare al seguente numero **011.6704057** (Sig. Ruffino) per concordare modalità e luogo di consegna dei documenti.

La scheda contiene i dati relativi alla sierologia per HBV, HCV, HIV del paziente fonte richiesti in regime d'urgenza se non già disponibili. Si rammenta che la determinazione della sierologia per HIV al paziente fonte richiede il consenso informato.

MOD. A

SCHEDA DATI INFORTUNIO

Il/la sottoscritto/a (responsabile del servizio o sostituto):

Nome _____ **Cognome** _____

Qualifica _____

DICHIARA

di aver assistito di essere stato informato dall'interessato

dell'infornio avvenuto in data |__|_|_| | **alle ore**

presso _____

DATI DELL'INFORTUNATO E MODALITÀ DELL'INCIDENTE

Nome _____

Cognome _____

Data di nascita |__|_|_| | **Luogo di nascita** _____

Iscritto al Corso di Laurea Infermieristica TO 4 _____

Breve descrizione dell'accaduto (es. puntura dopo prelievo durante eliminazione dell'ago; schizzo da liquido biologico...) _____

Eventuale dispositivo responsabile della lesione (es. ago a farfalla)

Sede della lesione (es. indice della mano destra)

Disponibilità di Dispositivi di Protezione (es. guanti, visiera):

si no non so

La manovra eseguita prevede delle procedure codificate?

si no non so

Data |__|_|_|

Firma dell'Infortunato

Timbro e Firma del Dichiarante

MOD. B

**SCHEDA RILEVAZIONE DATI
OPERATORE INFORTUNATO E PAZIENTE FONTE**

PARTE 1 - Dati operatore infortunato

Cognome _____ Nome _____ Sesso M F

Reparto _____ Sede _____

Data infortunio _____

Firma dell'infortunato per l'accettazione dei prelievi previsti dal protocollo _____

Paziente / Fonte identificabile:

Sì (compilare Parte 2) **no**

PARTE 2 - Dati paziente / fonte (assicurare il massimo riserbo)

n° Codice Fiscale / Tessera sanitaria _____

† Ricoverato il _____ presso _____

† Presentatosi c/o il Servizio/Ambulatorio di _____ sede _____

Quadro sierologico al momento dell'incidente:
(Qualora mancassero alcuni degli accertamenti ematici, previo consenso informato, richiederli immediatamente)

Anti-HIV: † positivo	Anti-HCV: † positivo	HBsAg: † positivo	Transaminasi: † normali
† negativo	† negativo	† negativo	† aumentate
† richiesto	† richiesto	† richiesto	† richieste
† rifiutato			

Appartenenza a categorie a rischio per HIV:
 † tossico-dipendente † partner di soggetto HIV+ † partner di sospetto HIV+ † politrasfuso (prima 1986)

Data compilazione _____ Firma e timbro del medico _____