



Repubblica di San Marino
ISTITUTO PER LA SICUREZZA SOCIALE
IL COMITATO ESECUTIVO

San Marino 29/09/2014
VISTO PER COPIA CONFORME
LA SEGRETERIA

SEDUTA DEL 11 Settembre 2014

DELIBERA N. 19

PAG. N. 23

Oggetto: Protocollo operativo per la gestione delle esposizioni accidentali al materiale biologico

Il Comitato Esecutivo,

visto il "Protocollo operativo per la gestione delle esposizioni accidentali al materiale biologico" trasmesso con nota del Direttore del Responsabile UOS Sorveglianza Sanitaria del 28/04/2014 ed elaborato con la collaborazione della UOC Pronto Soccorso e Degenza Breve e della UOC Patologia Clinica e Medicina Trasfusionale;

visto l'obiettivo di budget 2014 della UOS Sorveglianza Sanitaria;

approva

il "Protocollo operativo per la gestione delle esposizioni accidentali al materiale biologico" trasmesso con nota del Responsabile UOS Sorveglianza Sanitaria del 28/04/2014 copia del quale costituisce parte integrante della presente delibera e ne dispone l'applicazione.

IL DIRETTORE GENERALE
- Dott.ssa *Bianca Caruso*

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
- Dott. *Lorenzo Venturini*

IL DIRETTORE DELLE ATTIVITA'
SANITARIE E SOG. SANITARIE
- Dott. *Dario Manzoni*

Atto deliberativo trasmesso a: Comitato Esecutivo, Segreteria di Stato per la Sanità, Direttore Dipartimento Ospedaliero, UOS Sorveglianza Sanitaria, UOC Pronto Soccorso e Degenza breve, UOC Patologia Clinica e Medicina Trasfusionale.

Dei

PROTOCOLLO OPERATIVO PER LA GESTIONE DELLE ESPOSIZIONI A MATERIALE BIOLOGICO



- U.O.S. SORVEGLIANZA SANITARIA
- U.O.C. PRONTO SOCCORSO e DEGENZA BREVE
- U.O.C. PATOLOGIA CLINICA E MEDICINA TRASFUSIONALE

ANNO 2014

REV. 1

RISCHIO BIOLOGICO DA ESPOSIZIONE PROFESSIONALE

Con il termine "rischio biologico" si intende genericamente la possibilità per i lavoratori di entrare in contatto con microrganismi patogeni in grado di trasmettere malattie. In ambito ospedaliero l'operatore sanitario può essere esposto a diversi tipi di agenti biologici: batteri, virus, funghi, protozoi. Tra i più temibili, per la capacità di provocare infezioni gravi, si segnalano gli agenti trasmessi per via ematogena, in particolare i virus dell'epatite B (HBV), dell'epatite C (HCV) e dell'immunodeficienza umana acquisita (HIV).

Di seguito viene illustrato il percorso previsto per l'operatore sanitario esposto accidentalmente a sangue o ad altro materiale biologico potenzialmente infetto.



Simbolo del rischio biologico

Riferimenti

Centers for Disease Control and Prevention. Updated U.S. Public Health Service Guidelines for the Management of Occupational Exposures to HBV, HCV, and HIV and Recommendations for Postexposure Prophylaxis, 2002 and updates successivi

Ministero Salute Linee Guida Italiane sull'utilizzo dei farmaci antiretrovirali e sulla gestione diagnostico-clinica delle persone con infezione da HIV-1, 2013

Legge n.31/1998

Decreto n.1/1995

COMPITI DELL'OPERATORE ESPOSTO

Quando un operatore sanitario riporta:

- ✓ esposizione parenterale (puntura, ferita con strumenti contaminati)
- ✓ esposizione mucosa (schizzi in bocca o agli occhi)
- ✓ contaminazione di cute integra o lesa (ferite, abrasioni, dermatite essudativa)

Con materiale biologico a rischio:

- sangue ed ogni altro materiale macroscopicamente contaminato da sangue
- tessuti in genere compresi i frammenti ossei
- liquido cerebrospinale, liquido sinoviale o liquidi estratti dalle sierose (pleurico, peritoneale, pericardico)
- liquido amniotico
- sperma o secrezioni genitali femminili
- latte materno

DEVE

1. ATTUARE IMMEDIATAMENTE LA DECONTAMINAZIONE

- ⇒ nel caso di esposizione parenterale → facilitare il sanguinamento e l'eliminazione di eventuali corpi estranei. Procedere al lavaggio con acqua e sapone, quindi disinfettare con Clorexidina o Iodopovidone in soluzione alcolica al 10% (Betadine)
- ⇒ nel caso di esposizione mucosa → lavare con acqua corrente e sapone il viso e sciacquare abbondantemente il cavo orale con acqua corrente. Gli occhi devono essere irrigati con acqua corrente, soluzione fisiologica o altre soluzioni sterili
- ⇒ nel caso di contaminazione di cute, sia integra che lesa → lavare accuratamente con acqua e sapone, quindi disinfettare (Clorexidina o Iodopovidone)

2. CONTATTARE IL RESPONSABILE DELL'UNITA' OPERATIVA (O SUO DELEGATO)

- per informarlo dell'evento
- per chiedere al paziente il consenso al prelievo di sangue "Allegato 3" Il prelievo non è necessario se già disponibili in cartella markers (HBV, HIV, HCV e LUE) con risposte negative, se effettuati durante il ricovero non oltre 7 giorni prima dell'infortunio biologico o se già riscontrati positivi
- per far effettuare il prelievo al paziente per
 - test HIV: **(richiesta in urgenza**, con indicazione PAZIENTE FONTE (provette tappo viola e giallo)
 - HBV (HBsAg), HCV(HCVAb), LUE (IgM/IgG): **richiesta in routine**, con indicazione PAZIENTE FONTE, (provetta tappo marrone). La richiesta e le provette vanno consegnate al Laboratorio Analisi o, nelle ore di chiusura di quest'ultimo, consegnate al Pronto Soccorso.
- per compilare insieme al paziente il "Questionario di valutazione del rischio" (Allegato 3) e compilare la parte anagrafica della "Scheda di segnalazione di esposizione a rischio biologico" (Allegato 1)

3. RECARSÌ AL PRONTO SOCCORSO

- ⇒ immediatamente (è auspicabile iniziare la profilassi HIV, quando necessaria, il prima possibile)
- ⇒ consegnare la cartella di infortunio biologico con i moduli riguardanti il paziente "fonte" compilati (Allegato 3)

N.B. un paziente fonte che non acconsenta ad essere sottoposto ad accertamenti deve essere considerato come infetto

- ⇒ sottoporsi al prelievo ematico per ricerca HIV, HBV, HCV e LUE (modulo di richiesta normale, con indicazione "INCIDENTE BIOLOGICO TEMPO 0, OPERATORE, compilata dal Medico del P.S.)
- ⇒ attendere che il Medico di P.S. completi la "Scheda di segnalazione di esposizione a infortunio biologico" (Allegato 1).

4. SEGUIRE LE INDICAZIONI DEL MEDICO DI PRONTO SOCCORSO SU EVENTUALE PROFILASSI E FOLLOW-UP

5. IN CASO DI SOMMINISTRAZIONE DI PROFILASSI POST ESPOSIZIONE PRESSO L'U.O. "MALATTIE INFETTIVE DI RIMINI", L'OPERATORE HA L'OBBLIGO DI CONSEGNARE LA RELATIVA DOCUMENTAZIONE AL MEDICO DEL LAVORO

6. NEL CASO IN CUI L'OPERATORE DECIDA DI RIFIUTARE DI SEGUIRE IL PROTOCOLLO POST-ESPOSIZIONE O DECIDA DI INTERROMPERLO IN QUALUNQUE MOMENTO, DEVE COMPILARE E FIRMARE L'APPOSITO MODULO (ALLEGATO 4) E CONSEGNARLO AL MEDICO DEL LAVORO

COMPITI DELL'EQUIPE DEL PRONTO SOCCORSO

1. Trattare la lesione
2. Effettuare il prelievo (**TEMPO 0**) all'operatore esposto per test HIV e markers HBV (HbsAg), HCV (HCvAb) e LUE (antitreponema IgG/IgM) con modulo di richiesta normale, con indicazione "INCIDENTE BIOLOGICO TEMPO 0, OPERATORE", ed eventualmente aggiungere **emocromo, funzionalità epatica e renale e test di gravidanza in urgenza** (quest'ultimo per operatore esposto donna, in età fertile), qualora il paziente "fonte" sia risultato HIV + e l'operatori inizi la profilassi post esposizione. Le provette vanno inviate il prima possibile al Laboratorio Analisi.
3. Effettuare test rapido ricerca HIV sul sangue del paziente "fonte" (**nelle ore di chiusura del Laboratorio Analisi, usando il sangue contenuto nella provetta con tappo viola**) ed inviare tutte le restanti provette del paziente "fonte" al Laboratorio Analisi
4. Valutare lo stato vaccinale dell'operatore (HBV/ Tetano)
5. In caso di operatore esposto non vaccinato o non responder, somministrare la profilassi (immunoglobuline) per HBV se indicata (paziente fonte "noto come positivo" o successivamente positivo al test HBV; in quest'ultimo caso la somministrazione di immunoglobuline sarà richiesta dal Medico del Lavoro dopo valutazione degli esiti degli esami di laboratorio)
6. Compilare la "Scheda di segnalazione di esposizione a infortunio biologico" (Allegato 1)
7. Valutare sia il rischio di infezione per HIV che la risposta del test e quando indicato, proporre la prima dose di Profilassi Post Esposizione (da somministrare in P. S.)
8. Inviare la documentazione dell'operatore esposto e del paziente "fonte", alla UOS Sorveglianza Sanitaria nel primo giorno utile

LIVELLO DI RISCHIO DI INFEZIONE PER MODALITA' DI CONTAMINAZIONE EMATICA	
ALTO RISCHIO	<ul style="list-style-type: none"> • Lesione profonda (causante sanguinamento) da ago cavo, pieno di sangue
A MEDIO RISCHIO	<ul style="list-style-type: none"> • Puntura con ago o ferita (causante sanguinamento) con presidio visibilmente contaminato da sangue • Esposizione di cute lesa o della congiuntiva a sangue o liquidi biologici (visibilmente contaminati da sangue)
A BASSO RISCHIO	<ul style="list-style-type: none"> • Lesione superficiale (senza sanguinamento) • Esposizione di lesione in fase di cicatrizzazione o di mucosa, diversa dalla congiuntivale, a sangue o a liquidi biologici visibilmente contaminati da sangue • Contatto prolungato di una vasta area cutanea con sangue; ferita da morso
NESSUN RISCHIO DOCUMENTATO	<ul style="list-style-type: none"> • Contaminazione di cute integra (piccola superficie) con sangue • Lesioni con presidi non visibilmente contaminati da sangue
FATTORI AGGRAVANTI QUALSIASI LIVELLO DI RISCHIO	<ul style="list-style-type: none"> • Ferita profonda • Puntura con ago cavo utilizzato per prelievo • Presenza di sangue in quantità visibile sulla superficie del presidio implicato nell'incidente • Contaminazione congiuntivale
NB: PER LA STIMA DEL RISCHIO E' IMPORTANTE VALUTARE ANCHE LE RISPOSTE FORNITE DAL PAZIENTE "FONTE" (Allegato 3), SE REPERIBILI. IL RISCHIO DI INFEZIONE DA HIV E' MAGGIORE SE IL PAZIENTE FONTE E' NELLO STADIO TERMINALE DI AIDS O NELLA FASE "FINESTRA" DELL'INFEZIONE	

OPERATORE NON DIPENDENTE ISS

Dopo il primo intervento al Pronto Soccorso, precisare all'infortunato che il referente per tutte le eventuali procedure successive è il Medico del Lavoro dell'azienda per la quale lavora e/o il proprio Medico Curante

PROFILASSI POST ESPOSIZIONE CON ANTIRETROVIRALI

E' possibile per l'equipe di Pronto Soccorso richiedere il **test rapido HIV** (test di ricerca su saponetta) al Laboratorio, da utilizzare nelle ore notturne e nei giorni festivi. E' comunque opportuno **confermare il risultato** del test rapido **entro le 48 ore** con test HIV routinario di Laboratorio. Se l'incidente biologico avviene durante l'orario di apertura del Laboratorio Analisi, si potrà richiedere in **urgenza** l'esecuzione del **test di routine**.

La Profilassi Post Esposizione occupazionale è **raccomandata** in caso di esposizione a rischio con paziente **HIV + accertato; maggiore cautela** è suggerita nel caso in cui la fonte non sia nota o non testata. In questo ultimo caso si raccomanda di richiedere il test HIV, qualora la fonte sia disponibile.

L'OFFERTA DELLA PROFILASSI POST ESPOSIZIONE E' RACCOMANDATA IN CASO DI :

MODALITÀ DI ESPOSIZIONE	PAZIENTE FONTE	RISCHIO MEDIO (IC 95%) o MEDIANO (%; INTERVALLO) PER SINGOLA ESPOSIZIONE AD HIV ACCERTATO
Occupazionale		
Puntura con ago usato in vena o arteria. Lesione profonda con ago o tagliente solido visibilmente contaminato da sangue.	<ul style="list-style-type: none"> HIV+*; HIV negativo ma con storia o patologia in atto indicative di esposizione a rischio molto recente (p.es. epatite virale acuta, IST, endocardite del cuore destro); Che rifiuta di sottoporsi a test 	0.25% (IC 95% 0.12-0.47) Il rischio può aumentare fino a 10 volte a seconda dell'inoculo e della contagiosità della fonte.
Contaminazione congiuntivale con sangue o liquor.	HIV+*	0.09% (IC 95% 0.006-0.50)
Esposizione a materiale a elevata concentrazione virale con qualsiasi modalità.	Colture, sospensioni concentrate di HIV.	

Tabella 1 – Rischio medio di sieroconversione (SC) per singola esposizione (esp) occupazionale

Tipo di esposizione	SC/esp	Tasso %	I.C. 95%
<i>Percutanea (punture, tagli)</i> punture con ago cavo pieno di sangue, taglio profondo con bisturi con contatto diretto della lesione con sangue	3/2539	0.12	0.02-0.35
<i>Contaminazione mucosa</i> congiuntivale, >5 ml sangue	2/704	0.28	0.03-1.02
<i>Contaminazione di cute lesa</i>	0/675	0	0-0.55
Fattori che aumentano il rischio di SC	Odds ratio	I.C. 95%	P
Puntura profonda	15.34	6.01-41.05	< 0.001
Sangue visibile sul presidio	6.18	2.15-20.74	0.001
Ago usato in vena o arteria	4.33	1.17-11.89	0.003
Paziente fonte in fase terminale	5.60	1.99-16.06	0.001
Profilassi post-esposizione con AZT	0.19	0.06-0.52	0.003

P= significatività statistica

I.C.= intervallo di confidenza

Qualora per il dipendente si renda opportuno iniziare la profilassi antiretrovirale il Medico di Pronto Soccorso provvederà:

- ⇒ alla somministrazione della prima dose
- ⇒ a richiedere la consulenza infettivologica presso l'U.O. Malattie Infettive "Ospedale di Rimini" nel primo giorno lavorativo utile, compilando apposita richiesta per consulenza infettivologica

Il Medico di Pronto Soccorso può avvalersi della consulenza del Medico di Malattie Infettive, contattando il Medico di guardia del Reparto di Malattie Infettive di Rimini allo 0541-705500 oppure 0541-705315, nelle ore diurne dei giorni feriali.

La PPE dovrebbe essere proseguita per 28 giorni. Nel caso in cui l'esposto sia una donna, si deve ricordare la possibile interazione degli ARV con i contraccettivi orali, inclusa la profilassi post-coitale, e devono sempre essere suggeriti metodi contraccettivi di barriera fino al termine del follow-up.

PRIMA DOSE PPE (Start Kit)

Presso il Pronto Soccorso dovrà essere disponibile un **kit farmacologico di prima dose "standard" (Start Kit)** da utilizzarsi come trattamento di emergenza (previa consulenza con l'infettivologia di Rimini):

DARUNAVIR (PREZISTA®), 2 cp da 400mg.

RITONAVIR (NORVIR®), 1 cp da 100mg

LAMIVUDINA (EPIVIR®) 1 cp da 300 mg

TENOFOVIR DISOPROXIL FUMARATO (VIREAD®) 1 cp da 245 mg

N.B. : considerato il costo dei farmaci della PPE, si dispone la riconsegna all'UOC Farmaceutica (dei farmaci non utilizzati) entro 6 mesi dalla scadenza, per favorire il loro utilizzo nei pazienti in terapia

SE LE PROFILASSI ED I PROTOCOLLI NON SONO APPLICABILI, la documentazione dell'operatore esposto dovrà comunque essere inviata al Medico del Lavoro.

Se l'operatore decide di rifiutare o interrompere la profilassi o il follow-up per l'infortunio biologico deve compilare e firmare la dichiarazione (allegato 4) e consegnarla al Medico del Lavoro.

SCHEMA POST-ESPOSIZIONE

PAZIENTE FONTE	ESPOSTO	Tempo 0	6 settimane	3 mesi	6 mesi
1. HbsAg negativo	a. Operatore non vaccinato: proporre vaccinazione HBV	Markers HBV, ALT	Markers HBV, ALT		
	b. Operatore vaccinato				
	c. Operatore non responder	Markers HBV, ALT	Markers HBV, ALT		
2. HCVAb negativo		HCVAb, ALT	HCVAb, ALT	HCVAb, ALT	HCVAb, ALT
3. HIVAb negativo		HIV Ab	HIV Ab	HIV Ab	HIV Ab
4. LUE negativo		Anti Treponema IgG/IgM	Anti Treponema IgG/IgM		
5. Dati sierologici ignoti, paziente consenziente a test	HBV: procedere in base al risultato dei test sul paziente fonte	Come sopra per paziente HbsAg negativo			
		Come sotto per paziente HbsAg positivo			
	HCV	HCVAb, ALT	HCVAb, ALT	HCVAb, ALT	HCVAb, ALT
	HIV	Se alto rischio proporre PPE			
6. Dati sierologici ignoti, paziente non consenziente a test	Basso rischio: come 1, 2, 3, 4	1, 2, 3, 4	1, 2, 3, 4	1, 2, 3, 4	1, 2, 3, 4
	Alto rischio: come 7, 8, 9, 10	7, 8, 9, 10	7, 8, 9, 10	7, 8, 9, 10	7, 8, 9, 10
7. HbsAg positivo	a. Operatore non vaccinato: proporre immunoglobuline (HBV Ig entro 24-36 ore) e vaccinazione HBV (entro 7 giorni)	Markers HBV, ALT	Markers HBV, ALT	Markers HBV, ALT	Markers HBV, ALT
	b. Operatore vaccinato				
	c. Operatore non responder: somministrare HBV Ig	Markers HBV, ALT	Markers HBV, ALT	Markers HBV, ALT	Markers HBV, ALT
8. HCV-Ab positivo		HCVAb, ALT	HCVAb, ALT	HCVAb, ALT	HCVAb, ALT
9. HIV positivo	Proporre Profilassi Post Esposizione; se accettata controlli per terapia	HIVAb Emocromo AST, ALT (test gravidanza)	HIVAb Emocromo, AST, ALT	HIVAb Emocromo, AST, ALT	HIVAb Emocromo, AST, ALT
10. LUE positivo	Proporre Profilassi Post Esposizione	Anti Treponema IgG/IgM	Anti Treponema IgG/IgM		

COMPITI DELLA DIREZIONE DIPARTIMENTO OSPEDALIERO

PROVVEDERE ALLA RACCOLTA DI DENUNCIA DI INFORTUNIO PROFESSIONALE, TRASMETTENDOLE AL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE (UNA VOLTA L'ANNO).

COMPITI DEL MEDICO DEL LAVORO

1. Attuare il counseling con l'infortunato relativamente a follow up e profilassi e consigliare la vaccinazione antiHBV agli operatori esposti non vaccinati
2. Valutare l'esito del test per i markers HBV sul paziente "fonte" nei giorni successivi all'incidente e, se necessario, consigliare all'operatore la profilassi con immunoglobuline (da eseguire in Pronto Soccorso).
3. Seguire il follow-up dell'operatore secondo il calendario previsto, avvisandolo per l'effettuazione dei prelievi. Il follow-up è previsto anche nel caso di paziente fonte negativo, valutando la modalità dell'infortunio e le condizioni del paziente fonte.
4. Aggiornare la cartella sanitaria dell'operatore
5. Conservare la documentazione nella cartella sanitaria dell'operatore
6. Fare compilare e firmare l'apposito modulo (Allegato 4), nel caso in cui l'operatore sanitario rifiuti di seguire il protocollo post-esposizione o decida di interromperlo
7. Trasmettere al Medico Curante i referti dei test effettuati sul paziente "fonte", quando vengano evidenziate positività
8. Qualora l'operatore esposto sia donatore comunicare al servizio la sospensione della donazione per tutto il periodo del follow-up

COMPITI DEL LABORATORIO

1. Ricevere le provette contenenti il sangue dell'operatore esposto ed eventualmente del paziente fonte, se disponibile.
2. Inviare:
 - i risultati degli esami ematochimici sull'operatore esposto al Pronto Soccorso, quando richiesti in urgenza.
 - i risultati del test HIV e dei markers HBV, HCV e LUE *sull'operatore esposto* alla UOS Sorveglianza Sanitaria
 - i risultati del test HIV e dei markers HBV, HCV e LUE *sul paziente "fonte"* alla UOS Sorveglianza Sanitaria.

LA DOCUMENTAZIONE CONCLUSIVA DEGLI OPERATORI CONTROLLATI, dipendenti dell'Istituto per la Sicurezza Sociale, SARA' CONSERVATA presso l' UOS Sorveglianza Sanitaria

ALLEGATO 1- compilazione a cura dell'U.O.C. di PRONTO SOCCORSO e D.B.

SCHEDA DI SEGNALAZIONE DI ESPOSIZIONE A INFORTUNIO BIOLOGICO

Cognome e nome _____ nato il _____ cod.ISS _____

residente a _____ via _____ CAP _____

data esposizione _____ ora _____ Unità Operativa _____ luogo _____

anzianità di servizio anni: _____ mesi: _____ ore da inizio turno ad incidente: _____

Stato vaccinale HBV Vaccinato Non responder Non vaccinato Immunizzato naturalmente

Stato vaccinale Tetano Vaccinato Non vaccinato

L'operatore esposto è donatore? Si No

QUALIFICA	MODALITA' DI ESPOSIZIONE
<input type="checkbox"/> 1. Medico/Biologo	<input type="checkbox"/> PERCUTANEA <input type="checkbox"/> MUCOCUTANEA
<input type="checkbox"/> 2. Odontoiatra	<input type="checkbox"/> 1. Durante l'esecuzione di prelievo o terapie E.V.
<input type="checkbox"/> 3. Sociologo / Psicologo	<input type="checkbox"/> 2. Durante l'inserimento o la manipolazione di cateteri vascolari
<input type="checkbox"/> 4. Tecnico di Laboratorio	<input type="checkbox"/> 3. Manipolando l'ago non protetto, reincappucciando l'ago
<input type="checkbox"/> 5. Tecnico di Radiologia	<input type="checkbox"/> 4. Durante l'esecuzione di iniezioni (I.M., intradermiche...)
<input type="checkbox"/> 6. Tecnico di Riabilitazione	<input type="checkbox"/> 5. Manipolando ferri chirurgici
<input type="checkbox"/> 7. Ostetrica	<input type="checkbox"/> 6. Gettando tagliente o ago in agobox
<input type="checkbox"/> 8. Assistente Sociale	<input type="checkbox"/> 7. Manipolando telini o biancheria
<input type="checkbox"/> 9. Infermiere / Strumentista	<input type="checkbox"/> 8. Manipolando rifiuti ospedalieri
<input type="checkbox"/> 10. Ota / Ausiliario	<input type="checkbox"/> 9. Immettendo materiale in provetta
<input type="checkbox"/> 11. Studente / Allievo / Frequentatore	<input type="checkbox"/> 10. Morso
<input type="checkbox"/> 12. Addetto pulizie	<input type="checkbox"/> 11. Esposizione diretta a sangue o liquidi biologici del paz. (schizzi-spruzzi)
<input type="checkbox"/> 13. Altro.....	<input type="checkbox"/> 12. Spandimento della linea endovenosa
	<input type="checkbox"/> 13. spandimento da contenitore per campioni biologici
	<input type="checkbox"/> 14. Altro.....

DURANTE L'INCIDENTE OCCUPAZIONALE SONO STATI USATI I DPI (dispositivi di protezione individuale) PREVISTI?

SI

NO

GENERALITA' DEL PAZIENTE "FONTE" (se conosciuto)

Cognome e nome _____ cod.ISS _____

PAZIENTE "FONTE" IGNOTO

"SCHEMA SU EVENTUALI PROFILASSI E FOLLOW UP"

ALLEGATO 2 - PER U.O.C di P.S.e D.B.

MODALITA' DI ESPOSIZIONE	PROFILASSI HIV	PROFILASSI HBV	PROFILASSI LUE	FOLLOW UP HCV
<input type="checkbox"/> Ferita o puntura percutanea con ago o altro tagliente	RACCOMANDATA	RACCOMANDATA	CONSIDERATA	RACCOMANDATO
<input type="checkbox"/> Ferita da morso umano (con soluzione di continuo della cute)	CONSIDERATA	RACCOMANDATA	CONSIDERATA	CONSIDERATO
<input type="checkbox"/> Contaminazione di cute lesa o mucose	CONSIDERATA	RACCOMANDATA	CONSIDERATA	RACCOMANDATO
<input type="checkbox"/> Contaminazione congiuntivale	RACCOMANDATA	RACCOMANDATA	CONSIDERATA	RACCOMANDATO
<input type="checkbox"/> Contaminazione cute integra	SCONSIGLIATA	SCONSIGLIATA	SCONSIGLIATA	NON APPLICABILE
MATERIALE BIOLOGICO	PROFILASSI HIV	PROFILASSI HBV	PROFILASSI LUE	FOLLOW UP HCV
<input type="checkbox"/> Sangue o altro materiale biologico contenente sangue visibile	RACCOMANDATA	RACCOMANDATA	CONSIDERATA	RACCOMANDATO
<input type="checkbox"/> Liquido cerebro-spinale	RACCOMANDATA	RACCOMANDATA	CONSIDERATA	RACCOMANDATO
<input type="checkbox"/> Materiale ad alta concentrazione virale o batterica (es. colture)	RACCOMANDATA	RACCOMANDATA	CONSIDERATA	RACCOMANDATO
<input type="checkbox"/> Liquido amniotico, sinoviale, pleurico, pericardio, peritoneale	CONSIDERATA	RACCOMANDATA	CONSIDERATA	CONSIDERATO
<input type="checkbox"/> Tessuti, materiale di laboratorio	CONSIDERATA	RACCOMANDATA	CONSIDERATA	CONSIDERATO
<input type="checkbox"/> Sperma e secrezioni genitali femminili	CONSIDERATA	RACCOMANDATA	CONSIDERATA	NON APPLICABILE
<input type="checkbox"/> Urine, vomito, saliva, feci	CONSIDERATA	SCONSIGLIATA	CONSIDERATA	NON APPLICABILE
<input type="checkbox"/> Dispositivo non utilizzato (es. ago pulito)	SCONSIGLIATA	SCONSIGLIATA	SCONSIGLIATA	NON APPLICABILE
PAZIENTE FONTE	PROFILASSI HIV	PROFILASSI HBV	PROFILASSI LUE	FOLLOW UP HCV
Con infezione nota da:				
<input type="checkbox"/> HIV	RACCOMANDATA Raccogliere informazioni cliniche, virologiche e immunitarie	RACCOMANDATA per operatore non vaccinato o non responder	RACCOMANDATA	RACCOMANDATO
<input type="checkbox"/> HBV				
<input type="checkbox"/> HCV				
<input type="checkbox"/> LUE				
<input type="checkbox"/> Con infezione da HIV, HBV, HCV, LUE non nota o che riferisce di essere negativo	CONSIDERATA Prelevare test anti-HIV (consenso), eventuale PPE dopo risposta del test	RACCOMANDATA per operatore non vaccinato o non responder	CONSIDERATA Effettuare ricerca anticorpi anti-treponema	CONSIDERATO Effettuare test anti-HCV
<input type="checkbox"/> Paziente fonte non noto o non disponibile	CONSIDERATA Considerare caso per caso; il test anti-HIV su materiale ematico residuo di aghi e taglienti abbandonati NON è raccomandato	RACCOMANDATA per operatore non vaccinato o non responder	CONSIDERATA Effettuare ricerca anticorpi anti-treponema	RACCOMANDATO
<input type="checkbox"/> Paziente fonte HIV, HBV, HCV, LUE negativo	SCONSIGLIATA Considerare solo in caso di paziente fonte ritenuto, sulla base dell'indagine confidenziale (All. 4) e di criteri clinici, ad alto rischio di infezione e/o in periodo finestra	RACCOMANDATA VACCINAZIONE per operatore non vaccinato.	SCONSIGLIATA	NON APPLICABILE Considerare solo in caso di paziente fonte ritenuto, sulla base dell'indagine confidenziale (All. 4) e di criteri clinici, ad alto rischio di infezione e/o in periodo finestra

PROFILASSI: tipo profilassi _____ data inizio profilassi _____

ora _____

DATA _____ IL MEDICO DEL PRONTO SOCCORSO _____

Per ogni tipo di profilassi (HBV, HCV, HIV, LUE) se anche in uno solo dei tre campi (modalità di esposizione, materiale biologico, paziente fonte) compare l'opzione "SCONSIGLIATA" o "NON APPLICABILE", la relativa profilassi **NON VA EFFETTUATA**, salvo diversa valutazione del Medico.

ALLEGATO 3- COMPILAZIONE IN U.O. / U.O.C. / SERVIZIO sede dell'incidente

CONSENSO AL PRELIEVO EMATICO E QUESTIONARIO DI VALUTAZIONE DEL RISCHIO

PAZIENTE FONTE: lo sottoscritto/a

cod. ISS _____

nato/a il _____

a _____

DO IL MIO CONSENSO / RIFIUTO IL MIO CONSENSO

ad essere sottoposto a prelievo di sangue venoso per la ricerca dei markers:

- HBV (HbsAg),
- HCV (HCVAb),
- HIV (HIVAb),
- LUE

Dichiaro di essere stato/a informato/a che tali esami si rendono necessari a seguito di un incidente accorso ad un operatore sanitario che potrebbe essere venuto a contatto con materiale biologico e che i risultati di tali esami saranno utilizzati per attivare eventuali interventi preventivi e/o terapeutici che risultassero necessari. L'autorizzazione a tali accertamenti è subordinata al rispetto delle privacy e dei segreti professionali d'ufficio. Dichiaro altresì di essere stato/a informato/a che eventuali positività agli accertamenti sanitari potranno essere portate a conoscenza dell'operatore infortunato.

Data _____

ACCONSENTO

NON ACCONSENTO

Firma _____

Firma _____

QUESTIONARIO

Ha sofferto o soffre di ittero/epatite? _____

Ha notato ingrossamento delle ghiandole linfatiche? _____

si no

E' dedito all'alcool? _____

si no

Ha mai assunto sostanze stupefacenti? _____

si no

Ha mai avuto comportamenti sessuali a rischio _____

si no

E' mai risultato positivo ai test per l'epatite B e/o C e per l'AIDS? _____

si no

E' mai stato sottoposto a trapianto di tessuti o di cellule _____

si no

E' stato sottoposto recentemente ad intervento chirurgico? _____

si no

Se si quale e quando? _____

si no

Ha effettuato indagini endoscopiche? _____

si no

Ha effettuato cure odontoiatriche? _____

si no

Ha tatuaggi? _____

si no

Ha forature delle orecchie o di altra parte del corpo? _____

si no

Si è sottoposto ad agopuntura? _____

si no

E' stato sottoposto a trasfusioni di sangue, di emocomponenti o emoderivati? _____

si no

Si è ferito con una siringa o altri strumenti contaminati dal sangue? _____

si no

E' stato esposto ad una contaminazione delle mucose con il sangue? _____

si no

Ha avuto una gravidanza o una interruzione di gravidanza? _____

si no

Note anamnestiche rilevanti: _____

Firma del medico

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il sottoscritto dichiara di aver risposto in maniera veritiera ai quesiti posti nel questionario, essendo stato informato correttamente sul significato delle domande in esso contenute e di essere consapevole che le informazioni fornite sul proprio stato di salute e sui propri stili di vita costituiscono un elemento fondamentale per la sicurezza dell'operatore esposto accidentalmente al sangue o ad altri liquidi biologici. Autorizza altresì il personale della struttura sanitaria al trattamento dei propri dati personali e sanitari, secondo le modalità previste dalla normativa vigente.

Data _____ Firma _____

**DICHIARAZIONE PER I DIPENDENTI
CHE RIFIUTANO
DI SOTTOPORSI ALLA PROFILASSI O AI CONTROLLI PERIODICI**

Il/la sottoscritto/a _____ cod. ISS _____
nato/a _____ il _____
dipendente di _____
con la qualifica di _____
presso l'Unità Operativa _____

DICHIARA

1. di essere stato/a informato/a sul significato della profilassi e dei controlli periodici atti ad evidenziare precocemente le possibili variazioni del quadro sierologico (markers HBV, HCV, HIV, LUE, indici di funzionalità epatica), in relazione al contatto con materiale biologico avvenuto in seguito ad un incidente od infortunio;
2. di essere consapevole di porre l'Istituto nell'impossibilità di esercitare l'azione di tutela post-esposizione.

RIFIUTA di sottoporsi alla procedura prevista*

* Dal momento che l'operatore esposto può rifiutare di seguire il protocollo post-esposizione o decidere di interromperlo in qualunque momento, specificare il tipo di esame rifiutato o la fase del percorso in cui si interrompe l'adesione dell'operatore.....
.....
.....
.....

data

firma

IL MEDICO
