

RESOLUCION N° 353/18-C.D.
CORRIENTES, 12 de julio de 2.018

VISTO:

El expediente N° 12-2018-03195, actuaciones relacionadas a la presentación de “Ficha de Reporte de Accidente de Riesgo Biológico”; y

CONSIDERANDO:

Que dicha ficha será utilizada en esta unidad Académica, en caso de registrarse accidentes en alumnos, docentes y no docentes.

Que las Comisiones de Enseñanza e Interpretación y Reglamento se expiden en tal sentido.

Que fue tratado y aprobado en la Sesión Ordinaria del día de la fecha.

**EL CONSEJO DIRECTIVO DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA
DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DEL NORDESTE
RESUELVE:**

ARTICULO 1°.- APROBAR la “Ficha de Reporte de Accidente de Riesgo Biológico”, presentado por la Secretaria Académica y que como Anexo forma parte de la presente resolución.

ARTICULO 2°.- GIRAR las actuaciones de referencia con copia de la resolución al Departamento de Impresiones para su reproducción.

ARTICULO 3°.- REGISTRAR, Comunicar y Archivar.
tf/mjr/jjk.

Dra. GABRIELA GUADALUPE BESSONE
Secretaria Académica

Prof. MARIA ADELINA GUIGLIONI
Decana

-ANEXO-

FICHA DE REPORTE DE ACCIDENTE DE RIESGO BIOLÓGICO

Lugar y Fecha.....

Cátedra -Clínica.....

Servicio.....

Modulo.....

1. DATOS DEL ACCIDENTADO

Apellido y Nombre..... Edad:.....

Domicilio: Teléfono:.....

Fecha del accidente:...../...../..... Hora del accidente:.....

Descripción del accidente

Tipo de accidente:

Punción Corte

Salpicadura de sangre Salpicadura de secreciones

Otros:

Características del elemento: _____

Usaba guantes Sí No

Fuente:

Conocida..... Desconocida.....

2.- ANTECEDENTES PERSONALES DEL ACCIDENTADO

Recibió vacuna anti-hepatitis B

Sí Fecha...../...../..... N° dosis:

No

Accidentes anteriores por punción, corte o contacto Sí No Fecha...../...../.....

Tratamiento inicial realizado:

Derivación (si corresponde)
Complete los siguientes datos

Nombre del centro:

Fecha de Derivación: __/__/____ Hora: _____

Tipo de traslado (ambulancia pública o privada, auto particular o transporte público):

.....

3.- ANTECEDENTES DE LA FUENTE

Apellido y Nombre:.....

Enfermedad actual:.....H.C:.....

Antecedentes de: Hepatitis Sí No

COMUNICACIÓN DEL ACCIDENTE AL RESPONSABLE DEL ACCIDENTADO

Apellido y nombre de la persona que recibe la comunicación:

**REALICE EL FORMULARIO POR DUPLICADO.
COMUNIQUE SOBRE EL ACCIDENTE POST EXPOSICIÓN.**

Firma, Aclaración y Cargo del Responsable de la Clínica – Servicio.

