ISTRIPUETARAKO PROTOKOLOA ESKOLA ORDUETAN EDO IN ITINERE

ISTRIPU BIOLOGIKOA Istripuaren berri eman **berehala** instruktoreari eta irakasle tutoreari, eta:

Donostialdea ESIko Practicumeko ikasleak
Donostia Ospitalekoak hona joango dira: Lan Osasuna, Ospitaleko Ama-Umeentzako Eraikina, 1. berdea.
Lehen Mailako Arretako Zentroak: Lehen asistentzia (Analitika iturriari eta ikasleari) praktikak egiten ari den osasun zentroan eta Prebentzioko Oinarrizko Atalari (Donostialdea ESIko Lan Osasuna) jakinaraziko dio. *(Zentroko instruktoreak edo arduradunak sinatutako barruko jakinarazpen agiria)*

Debagoiena ESIko Practicumeko ikasleak
Debagoienako Ospitalekoak eta Debagoiena ESIko lehen mailako arretako zentroetakoak, hona
Debagoiena ESIko Lan Osasuna *Arratsaldeko eta gaueko txandetan erizaintzako guardiako ikuskatzailearekin jarriko dira harremanetan*

Debabarrena ESIko Practicumeko ikasleak
Mendaroko Ospitalekoak eta Debabarrena ESIko lehen mailako arretako zentroetakoak, hona
Prebentzioko Oinarrizko Atala. Mendaroko Ospitaleko behe solairua (ekitaldi areto ondoan). Tel.: 943-837856 *Ez dagoenean* Mendaroko Ospitaleko Larrialdi Zerbitzua

Bidasoa ESIko Practicumeko ikasleak
Bidasoako Ospitalekoak hona joango dira: Prebentzioko Oinarrizko Atalera, eta ez dagoenean, Bidasoako Ospitaleko Larrialdi Zerbitzura
Lehen Mailako Arretako Zentroak: Ikasleari lehenengo laguntza eman eta analitika egin (iturria) gertaeraren unean eta tokian bertan, betiere ezarritako protokoloari jarraituta. Horren ondoren, Bidasoa ESIko Prebentzioko Oinarrizko Atalari jainarazi (*ez dagonenean*, Bidasoako Ospitalera joan) Kontrolak

Goierri-Urola Garaia ESIko Practicumeko ikasleak
Zumarragako Ospitalekoak eta Goierri-Urola Garaia ESIko lehen mailako arretako zerbitzuetakoak, hona joango dira:
Prebentzioko Oinarrizko Atalera, *ez* dagoenean, Zumarragako Ospitaleko Larrialdi Zerbitzura

Tolosaldea ESIko Practicumeko ikasleak
Asunción Klinika: kontrolak Asunción Klinikan egin, gorabeheraren berri eman Donostialdea ESIko Prebentzioko Oinarrizko Atalari jarraipena egiteko
Lehen Mailako Arretako Zentroak: kontrolak praktikak egiten ari diren osasun zentroan egin, gorabeheraren berri eman Donostialdea ESIko Prebentzioko Oinarrizko Atalari jarraipena egiteko.

Beste osasun zentro batzuetako ikasleak harremanetan jarriko dira UPV/EHUko idazkaritzarekin (***943017311***), eta, ondoren, Osakidetzako Prebentzio Zerbitzu Korporatiboarekin **(*945006027*).** Bertatik emango zaizkio jarraibideak ikasleari. *Batean zein bestean inor ez dagoenean, hurbilen dagoen Osakidetzako Larrialdi Zerbitzura joan ahalko dira.*

Istripu biologikoa denean, informazio hau eman beharko da: **Ziztadaren iturri izan den erabiltzailea:** izen-abizenak, historia zkia-IKK.

<u>GAINERAKO ISTRIPUETAN</u> (eta istripu biologikoaren kasuan ere bai) Fakultateko idazkaritzara jo istripu agiria izapidetzeko. (**Tel.: 943 017311**)

AUTORIZACION	(Identificación del paciente)
PARA TEST VIH, HEPATITIS B y C.	

A.- IDENTIFICACIÓN: Persona que le informa _____ Fecha: _____

B.- INFORMACIÓN (Qué le vamos a hacer y por qué):

- Una cantidad de su sangre u otro líquido corporal ha entrado en contacto accidentalmente con un trabajador del hospital o centro de salud.
- Si usted tuviera una infección por alguno de los virus siguientes: Hepatitis B, Hepatitis C o el del Sida (VIH), este accidente podría ser suficiente para transmitir la infección al trabajador.
- Las infecciones por estos virus no dan síntomas hasta pasado un cierto tiempo, normalmente años. Para saber si usted está infectado por estos virus es necesario un análisis de su sangre.
- Si el resultado del test fuera positivo, significa que tiene en su cuerpo alguno de esos virus.
- En caso de estar infectado se podría comenzar un tratamiento. Además deberá tomar precauciones para evitar la transmisión a otras personas.
- De todo ello será informado en el menor tiempo posible, cualquiera que sea el resultado.
- **El resultado de estos análisis figurará en su Hª clínica general.**
- Este conocimiento también nos ayudará al tratamiento del trabajador accidentado.

C.- Qué riesgos y/o complicaciones tiene la realización de este test?:

- No existen riesgos importantes en la realización del test, es una simple extracción de sangre.
- En algún caso puede presentarse el test como negativo, aun estando infectado por el virus. Esto se puede aclarar realizando una nueva extracción dentro de unos meses.

D. DECLARO QUE:

- He sido informado de las ventajas e inconvenientes de la realización de las pruebas.
- He comprendido la información recibida y he podido formular todas las preguntas que he creído oportunas.

EN CONSECUENCIA,

☐ DOY MI AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE LA ANALÍTICA DE VIH, VHB Y VHC.

☐ NO DOY MI AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE LA ANALÍTICA DE VIH, VHB Y VHC.

Firma del paciente: Firma del responsable de la información:

REPRESENTANTE LEGAL (en caso de incapacidad del paciente) (padre, madre, tutor, etc.):

D./Dña_____ D.N.I._____ Firma:_____

En caso de incapacidad del paciente y sin previsión de presencia de su representante legal, con el fin de garantizar la actuación adecuada con la persona accidentada, ***el/la facultativo responsable del paciente*** *en ese momento,* ***se responsabiliza de forma delegada*** *de la realización de la prueba.*

Firmado: _____ Fecha: _____

AUTORIZACION PARA TEST VIH, HEPATITIS B y C

Osakidetza

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROFILAXIS CON ANTIRRETROVIRALES TRAS ACCIDENTE OCUPACIONAL CON **MATERIAL BIOLÓGICO**

FECHA

Sº Prevención / Salud Laboral

INFORMACIÓN:

La profilaxis con Antirretrovirales tras accidente ocupacional con material biológico, puede reducir el riesgo de infección por VIH, aunque se ha descrito casos de fracaso tras el tratamiento post-exposición.

Con los conocimientos actuales de la infección por el VIH podemos decir que

- El Servicio de Salud Pública de EEUU ha actualizado las **"Guías para el manejo de las Exposiciones Ocupacionales VIH y Recomendaciones para la Profilaxis Postexposición",** recomendando la utilización de antirretrovirales en función del riesgo de la exposición. Otras Organizaciones Nacionales (GESIDA/Plan Nacional del SIDA) e Internacionales de Reino Unido y Francia han publicado guías similares.
- La profilaxis debe comenzar lo antes posible, preferentemente en las dos primeras horas después de la exposición, aunque no hay datos en humanos que demuestren a partir de qué momento la profilaxis no es efectiva.
- Si se desconoce el estado de infección VIH del paciente fuente, y mientras se realizan las pruebas oportunas, es prudente tomar la 1ª dosis de medicación. Los beneficios de esta primera dosis, en un intervalo de tiempo corto tras la exposición, parecen claramente superiores a los efectos secundarios que se puedan producir.
- La profilaxis con antirretrovirales se realiza con medicación por vía oral y su duración es de 4 semanas.
- En el caso de mujeres embarazadas, el C.D.C. afirma que el embarazo no contraindica el uso de profilaxis post-exposición. En estos casos se consultará con su médico y con un experto en manejo de VIH.
- Ante sospecha de resistencias medicamentosas se consultará con otros servicios (Unidad de Enf. Infecciosas, Servicio de Medicina Interna) para determinar el tratamiento de elección.
- Durante las primeras 6-12 semanas deberá tomar precauciones para evitar la transmisión a otras personas.

EFECTOS ADVERSOS:

La mayoría de la información conocida sobre la seguridad y los efectos adversos por estos medicamentos se basa en estudios de su uso en personas infectadas por el VIH. Se han descrito efectos gastrointestinales (náuseas, vómitos, dolor abdominal, diarrea, elevación de enzimas hepáticas, pancreatitis), hematológicos (anemia, neutropenia, trombopenia), cefaleas, astenia, depresión, ansiedad, urticaria, prurito, cálculos renales. Se desconocen los efectos secundarios a largo plazo.

DECLARO QUE:

Que he sido informado, verbalmente y por escrito de las ventajas e inconvenientes de la Profilaxis con Antirretrovirales, y de que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento.

He comprendido la información recibida y he podido formular todas las preguntas que he creído oportunas.

EN CONSECUENCIA:

☐ **NO** DOY MI CONSENTIMIENTO PARA REALIZAR PROFILAXIS CON ANTIRRETROVIRALES

☐ **SI** DOY MI CONSENTIMIENTO PARA REALIZAR PROFILAXIS CON ANTIRRETROVIRALES.

Firma del trabajador,
Nombre.....

Firma del informador,
Nombre.....