	CODIGO: HSC - RH - 24	Versión: 04
	CARACTERISTICA : RH 4.2	Vigencia: 5 años
	Protocolo de Manejo de Accidentes Laborales relacionados con Sangre y Fluídos Corporales	Fecha Aprobación: Enero 2020 Fecha Término Vigencia: Enero 2025.


**PROTOCOLO DE  
MANEJO DE ACCIDENTES LABORALES  
RELACIONADOS CON SANGRE Y FLUÍDOS CORPORALES**

**HOSPITAL SANTA CRUZ**  
Documento Original  
Fecha: 31 / 01 / 2020  
Calidad y Seguridad del Paciente

	NOMBRE	FECHA	FIRMA
Realizado Por:	<b>Sandra Fuenzalida Gaete</b> Encargada Dpto. de Calidad	Enero 2020	
Revisado Por:	<b>Ariel Millapán Álvarez</b> Enfermero Dpto. de Calidad	Enero 2020	
Aprobado Por:	<b>Javier Villablanca Mundaca</b> Director (S)	Enero 2020	

SERVICIO DE SALUD VI REGION  
DIRECTOR  
HOSPITAL SANTA CRUZ

Nota: Los documentos exhibidos en formato impreso o copia de ellos son documentos controlados

	CODIGO: HSC - RH - 24	Versión: 04
	CARACTERISTICA : RH 4.2	Vigencia: 5 años
	Protocolo de Manejo de Accidentes Laborales relacionados con Sangre y Fluídos Corporales	Fecha Aprobación: Enero 2020 Fecha Término Vigencia: Enero 2025.

### 1.- OBJETIVO GENERAL

Orientar a los funcionarios del Hospital Santa Cruz, sobre el manejo de exposición de sangre y fluidos corporales, en la aplicación de medidas que eviten o disminuyan al mínimo los riesgos de infecciones que se transmiten entre el personal de salud y pacientes con patologías asociadas a las actividades de atención de pacientes.

### 2.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Contribuir a preservar el estado de salud de los funcionarios del Hospital Santa Cruz expuestos a riesgos biológicos ocupacionales derivados del ejercicio de sus funciones asistenciales.
- Contribuir a la operatividad de los procedimientos de manejo y resolución, que deben activarse frente a la ocurrencia de accidentes laborales por exposición a fluidos de alto riesgo.

### 3.- ALCANCE

El procedimiento de manejo de accidentes relacionados con sangre y fluidos corporales debe ser conocido por todos los funcionarios expuestos, como también alumnos y funcionarios de empresa externa.

### 4.- RESPONSABLES

#### Funcionarios:

- Cumplir con las normas estipuladas en éste protocolo.
- Dar cumplimiento a todas las medidas de prevención y protección personal.
- El funcionario accidentado debe reportar de inmediato el accidente ocurrido a su jefatura directa.


#### Jefatura directa (supervisores, encargados/jefe de Servicio o Unidad de Apoyo o Jefe de turno):

- Responsables de la implementación, capacitación y supervisión del cumplimiento de la norma de manejo del personal expuesto a accidentes laborales de con sangre y fluidos corporales.
- Elaboración de la documentación requerida según normativa (DIAT, Formulario de Notificación de accidentes con exposición laboral a fluidos corporales de alto riesgo biológico, Declaración individual de Accidente escolar (DIAE)).

**Médico de turno de Urgencia:** Realizar la primera atención al funcionario expuesto y la evaluación del riesgo de acuerdo a protocolo. Entregará las órdenes correspondientes para realizar estudio serológico al paciente fuente y al funcionario accidentado (VIH, VHB, VHC).

**Comité de IAAS:** Responsables de velar por el cumplimiento de la norma y de capacitar a los funcionarios en el manejo de accidentes laborales relacionados con sangre y fluidos corporales.

Realizar Informe de Análisis Global de Accidentes laborales con exposición a sangre y fluidos de riesgo.

	CODIGO: HSC - RH - 24	Versión: 04
	CARACTERISTICA : RH 4.2	Vigencia: 5 años
	Protocolo de Manejo de Accidentes Laborales relacionados con Sangre y Fluídos Corporales	Fecha Aprobación: Enero 2020 Fecha Término Vigencia: Enero 2025.

**Prevencionista de Riesgos:** Recibir DIAT y gestionar atención de funcionarios en Organismo administrador.  
**Funcionarios de empresas externas y alumnos:** conocer el procedimiento de actuación frente a accidentes relacionados con sangre y fluidos corporales.

**Médico Salud Funcionaria:** Responsable del seguimiento de casos clínicos.

#### 5.- DEFINICIONES Y ABREVIATURAS

**PERSONAL EXPUESTO:** Es aquel que realiza atención directa al paciente (médicos, odontólogos, enfermeras, matronas, técnicos paramédicos) o que ejecutan actividades de apoyo (tecnólogos médicos, auxiliares de servicio, etc) que puedan estar en contacto con sangre o fluidos corporales de alto riesgo.

**EXPOSICIÓN SIGNIFICATIVA:** Es cuando hay inoculación percutánea de piel o exposición de mucosas con erosión reciente, a sangre o fluidos corporales de alto riesgo, o a instrumental contaminado con éstos.

**FLUIDO CORPORAL DE ALTO RIESGO:** Es aquel que tiene alto riesgo de transmisión de VIH, Hepatitis B o C, siendo éstos: sangre, semen, secreciones vaginales o líquidos de cavidades estériles (LCR, líquido pleural, ascítico, amniótico, peritoneal, articular).

**FLUIDO CORPORAL DE BAJO RIESGO:** Saliva, sudor, lágrimas, deposiciones, orina y otros fluidos no contaminados con sangre.

#### AGENTE CAUSAL DE ACCIDENTE CORTOPUNZANTE

- Objeto punzante: Aguja con lumen (mariposa, bránula), sin lumen (aguja de sutura), lancetas.
- Objeto cortante: bisturí, vidrios.

**PERSONA FUENTE:** Es la persona cuya sangre o fluidos corporales están involucrados en una exposición laboral.


**FUENTE CONOCIDA:** El paciente con que ocurrió el accidente (fuente) está disponible para evaluación y toma de exámenes para conocer serologías virales.

**FUENTE DESCONOCIDA:** El paciente con que ocurrió el accidente (fuente) no está disponible para evaluación y toma de exámenes o el accidente ocurre un elemento que no se conoce su origen.

**IAAS:** Infecciones Asociadas a la Atención en Salud.

**DIAT:** Declaración individual de accidente de trabajo.

**DAU:** Dato de Atención de Urgencia.

	CODIGO: HSC - RH - 24	Versión: 04
	CARACTERISTICA : RH 4.2	Vigencia: 5 años
Protocolo de Manejo de Accidentes Laborales relacionados con Sangre y Fluidos Corporales		Fecha Aprobación: Enero 2020 Fecha Término Vigencia: Enero 2025.

**VHB:** Virus de la Hepatitis B.

**VHC:** Virus de la Hepatitis C.

**VIH:** Virus de la Inmunodeficiencia Humana.

**IST:** Instituto de seguridad del trabajo.

**Organismo administrador:** Organismos que otorgan prestaciones médicas, preventivas y económicas que establece la Ley 16.744 a los trabajadores.

## 6.- DESARROLLO

El riesgo de infección después de una exposición depende de múltiples factores incluyendo los siguientes; el patógeno implicado, el tipo de exposición, la cantidad de sangre inoculada y la cantidad de virus en la sangre del paciente al momento de la exposición.

Los accidentes laborales con exposición a fluidos de riesgo corresponden a lesiones ocurridas a causa o con ocasión del trabajo, por lo que se consideran Accidentes del Trabajo y como tal están cubiertos por el seguro contra riesgos laborales establecidos en la Ley 16.744.

### 6.1 GENERALIDADES

#### 6.1.1 TIPOS DE EXPOSICIÓN


**Exposición percutánea:** Ingreso del agente infectante a través de la piel, pudiendo ser superficial o profunda, con o sin sangramiento.

**Exposición permucosa:** Son los accidentes que ocurren por exposición o salpicadura en mucosas de sangre o fluidos corporales de alto riesgo, por ejemplo en mucosa bucal, ocular o nasal.

**Exposición dérmica:** Es aquel derrame de fluidos corporales de riesgo en piel indemne, en heridas o en solución de continuidad.

#### 6.1.2 AGENTES DE RIESGO

En relación a los fluidos corporales de alto riesgo, los que revisten mayor importancia epidemiológica en la actualidad para el personal de salud son: VHB, VHC Y VIH.

	CODIGO: HSC - RH - 24	Versión: 04
	CARACTERISTICA : RH 4.2	Vigencia: 5 años
Protocolo de Manejo de Accidentes Laborales relacionados con Sangre y Fluídos Corporales		Fecha Aprobación: Enero 2020 Fecha Término Vigencia: Enero 2025.

**VIH:** - Riesgo de transmisión percutánea 0.2 a 0,3%.

- Riesgo de transmisión para exposición de sangre sobre mucosas 0,09%.
- Riesgo se concentra en accidentes con sangre visible, instalación de aguja en una vena o arteria, corte o herida profunda en el funcionario afectado y accidente que involucra a un paciente VIH (+).

**VHB:** - Riesgo de transmisión percutánea 30 - 40%.

- Riesgo de transmisión con fuente HB Ag (+) >50%.

**VHC:** - Riesgo de transmisión 2 - 7%.

### 6.1.3 CLASIFICACIÓN DE EXPOSICIÓN

Acorde al tipo de exposición se clasificara el accidente laboral como sigue:

#### EXPOSICIÓN DE RIESGO

- Exposición percutánea profunda que causa sangramiento, provocada por instrumento cortopunzante con lumen lleno de sangre fresca u otro fluido corporal de alto riesgo o a simple vista contaminada con éstos.
- Exposición de mucosa o heridas, a sangre fresca u otro fluido corporal de alto riesgo.
- Exposición dérmica a sangre o fluido corporal de alto riesgo en una solución de continuidad de la piel.

#### EXPOSICIÓN SIN RIESGO

- Exposición percutánea superficial que no causa sangramiento ni escarificación o con instrumento que no está a simple vista contaminado con sangre o fluido corporal de alto riesgo.
- Exposición dérmica de piel sana o indemne a sangre o fluido corporal de alto riesgo.


Acorde a la condición de la persona fuente y agente de riesgo se clasificará el accidente laboral como sigue:

#### EXPOSICIÓN CON RIESGO PARA VIH

- Paciente VIH (+) conocido.
- Exposición percutánea profunda, con aguja con lumen utilizada en arteria/vena del paciente o con elementos cortantes contaminados.
- Exposición permucosa o en piel no indemne.

#### EXPOSICION CON RIESGO PARA VHB

- Paciente hepatitis B (+).
- Personal sin esquema completo vacunación o no respondedores a vacunación.

	CODIGO: HSC - RH - 24	Versión: 04
	CARACTERISTICA : RH 4.2	Vigencia: 5 años
	Protocolo de Manejo de Accidentes Laborales relacionados con Sangre y Fluídos Corporales	Fecha Aprobación: Enero 2020 Fecha Término Vigencia: Enero 2025.

En la actualidad todo el personal sanitario que se encuentre expuesto a sangre y fluidos de alto riesgo, debe estar vacunado, es por ello que los hospitales deben tener un Programa de Vacunación priorizando al personal y áreas de atención de mayor riesgo.

#### EXPOSICION CON RIESGO PARA VHC

- Paciente Hepatitis C (+).
- Exposición percutánea profunda, con aguja con lumen utilizada en arteria/vena del paciente o con elementos cortantes contaminados.
- Exposición permucosas o en piel no indemne.

#### 6.2 MANEJO INMEDIATO DE ACCIDENTE LABORAL CON EXPOSICIÓN A SANGRE O FLUIDOS DE ALTO RIESGO


**Procedimiento frente a una exposición se debe:**

##### Acciones inmediatas:

1. Lavar de inmediato la zona afectada con agua y jabón.
2. Enseguida aplicación tópica de alcohol al 70%.
3. En caso de salpicaduras o derrames en mucosas (oral, ocular, nasal), se debe lavar el área expuesta con abundante agua o suero fisiológico por varios minutos.
4. Aviso inmediato a su jefe directo quien completará el "Formulario de Notificación de accidentes con exposición laboral a fluidos corporales de alto riesgo biológico" (Anexo N°2) y Denuncia Individual de Accidente de Trabajo (Formulario DIAT Anexo 3), en el caso de ser alumnos debe completar la Declaración Individual de Accidente Escolar (Formulario DIAE). (Anexo N°4).
5. La jefatura directa debe entregar al funcionarios accidentado ambos formularios y derivarlo al Dpto. de emergencia para ser evaluado por el médico de turno. Esta derivación debe ser antes de 2 horas. Mientras, jefatura directa toma muestra sanguínea si la fuente es conocida.
6. El médico de turno del departamento de emergencias deberá evaluar al accidentado y clasificará el riesgo como alto o bajo riesgo.

##### Acciones mediatas:

En el Dpto. de Emergencias.

	CODIGO: HSC - RH - 24	Versión: 04
	CARACTERISTICA : RH 4.2	Vigencia: 5 años
	Protocolo de Manejo de Accidentes Laborales relacionados con Sangre y Fluídos Corporales	Fecha Aprobación: Enero 2020 Fecha Término Vigencia: Enero 2025.

En el caso de ser una exposición de **alto riesgo**:

1. Se toman exámenes a la persona afectado, previa consejería. (antígenos VIH, VHB, VHC).
2. Identificar clínica y epidemiológicamente al paciente fuente, para determinar la probabilidad que esté infectado por VIH, VHB o VHC.
3. En el dpto. de emergencia se debe constatar la Vacunación anti Hepatitis B al funcionario accidentado, en caso de no tener proceder al inicio del esquema.
4. En caso de que la persona fuente se identifique como VHC (+), no hay tratamiento para prevenir la infección después de una exposición con riesgo, por lo que posteriormente se deberá realizar derivación del funcionario a Gastroenterología.
5. En caso de que la persona fuente se identifique como VIH (+), fuente desconocida o accidente de alto riesgo se efectuará profilaxis post exposición: El médico deberá indicar terapia anti retro viral antes de 2 horas de ocurrido el accidente de alto riesgo según esquema. Se entregará en Urgencia terapia con Combivir (AZT + 3TC), 1 comprimido 2 veces al día por 5 días, hasta reevaluación por Médico de Salud del Personal.
6. Seguimiento: Serología al funcionario, Hemograma y evaluación clínica por Médico de Salud del personal. Realizar controles con test de ELISA, hemograma basal y Hepatitis B (basal) y Hepatitis C, a las 6 semanas y a los 3 meses.
7. En caso de obtener resultados VIH (+) al examen del funcionario expuesto, deberá continuar con tratamiento y ser derivado en forma inmediata a Hospital Regional Rancagua al programa de VIH y SIDA.
8. En caso de empresas externa y alumnos, el seguimiento se realizará por el organismo administrador en convenio.

El Hospital Santa Cruz, por ser base de microárea, atiende los accidentes con exposición a fluidos corporales de los hospitales y consultorios correspondientes.


En este caso, se toma la muestra de sangre del personal afectado para análisis de VIH y antígenos VHB y VHC previa consejería, y a su vez se recepciona la muestra de sangre de la persona fuente (traída por el personal afectado). Según sea el caso se inicia terapia antiretroviral.

Posterior a la atención brindada por el Hospital Santa Cruz, el seguimiento del caso queda adscrito al protocolo interno de cada establecimiento hospitalario.

En el caso de ser una exposición **de bajo riesgo**:

No es necesario la toma de exámenes, a menos que el médico o el funcionario soliciten seguimiento.

Educar acerca del uso de elementos de protección personal y analizar acciones inseguras detectadas.

	CODIGO: HSC - RH - 24	Versión: 04 Vigencia: 5 años
	CARACTERISTICA : RH 4.2	Fecha Aprobación: Enero 2020
	Protocolo de Manejo de Accidentes Laborales relacionados con Sangre y Fluidos Corporales	Fecha Término Vigencia: Enero 2025.

### 6.3 MANEJO ADMINISTRATIVO POST EXPOSICIÓN

El funcionario debe entregar copia del DAU anexada al DIAT (anexo n°3) y entregar al Previsionista de Riesgos, dentro de las 24 hrs. de ocurrido el accidente en días hábiles, o al día hábil siguiente, después de fines de semana o festivos; para ser remitidos al Organismo administrador IST (instituto de Seguridad del Trabajo), que como institución aseguradora tomará conocimiento del accidente. Además el funcionario deberá entregar Notificación de Accidente con exposición laboral a fluidos corporales de alto riesgo (anexo n°2) y copia del DAU al Departamento de Calidad (PCI) para posterior análisis y seguimiento. Para ello se le entregará orden de examen para control clínico y serológico a las 6 semanas y 3 meses después de ocurrido el accidente, y será evaluado por el Médico encargado del Programa de Control de Infecciones.

En el caso de empresas deberá entregar el formulario de Notificación de Accidente con exposición laboral a fluidos corporales de alto riesgo (anexo n°2) y copia del DAU al Departamento de Calidad (PCI) para posterior análisis y educación, en cuanto al DIAT se debe entregar una copia al supervisor encargado de la empresa externa del personal que tuvo el accidente.

En caso de alumnos deberá entregar el formulario de Notificación de Accidente con exposición laboral a fluidos corporales de alto riesgo (anexo n°2) y copia del DAU al Departamento de Calidad (PCI) para posterior análisis y educación, por otra parte el Formulario de declaración individual de Accidente Escolar (anexo 4) se deberá entregar una copia al depto. de emergencias.

El seguimiento corresponde al organismo administrador en convenio por cada casa de estudio y empresa externas.


### 6.4 INFORME DE ANÁLISIS GLOBAL DE ACCIDENTES LABORALES CON EXPOSICIÓN A SANGRE Y FLUIDOS DE RIESGO

El Comité de Infecciones Asociadas a Atención en Salud recopilará la información referente a la Notificación de Accidente con exposición laboral a fluidos corporales de alto riesgo y con ello realizará anualmente el Informe de Análisis Global para la evaluación de los accidentes ocurridos y de las decisiones adoptadas al respecto.

### 7.- REFERENCIAS

- Manual de IIH año 2004 Hospital Santa Cruz.
- Protocolo Hospital Rancagua.
- Manual Manejo de Residuos de Establecimientos de Atención de Salud.




	CODIGO: HSC - RH - 24	Versión: 04 Vigencia: 5 años Fecha Aprobación: Enero 2020 Fecha Término Vigencia: Enero 2025.
	CARACTERISTICA : RH 4.2	
Protocolo de Manejo de Accidentes Laborales relacionados con Sangre y Fluídos Corporales		

#### 8.- DISTRIBUCION

- Servicio de Ginecología y Obstetricia
- Servicio de Médico-Quirúrgico
- Servicio de Pensionado.
- UTI Adulto.
- Urgencia Adulto Pediátrica.
- Urgencia Maternal.
- Pabellón.
- CEOM.
- Toma de Muestra.
- Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente

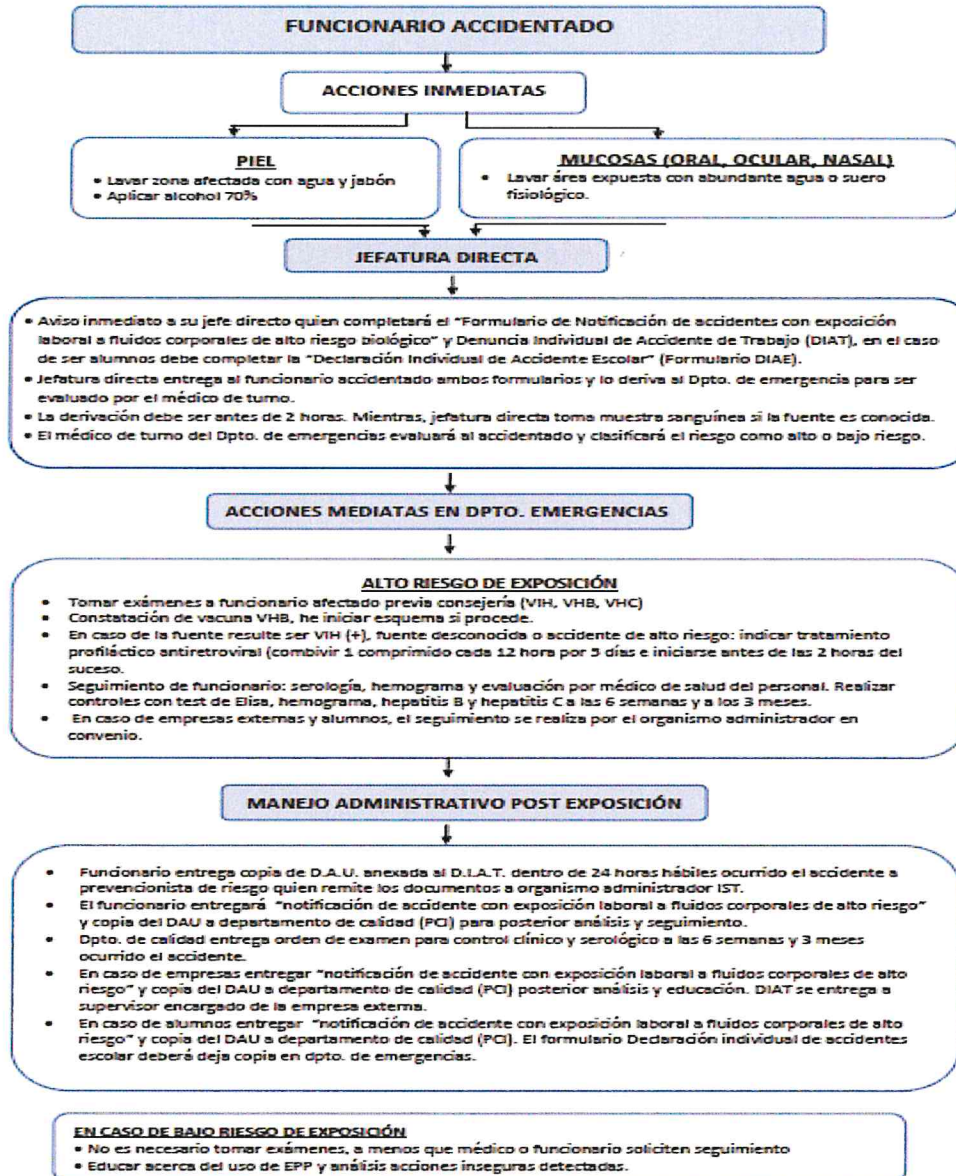
#### 9.- REVISION Y CONTROL DE CAMBIOS.


Revisión	Página	Fecha	Cambios
Formato		07-05-2014	Se cambia a nuevo formato institucional.
Desarrollo	10	07-05-2014	Modificación de procedimiento, el funcionario debe acudir a la unidad de urgencia en horario hábil e inhábil.
Flujograma	14	07-05-2014	Modificación de Flujograma
Versión 02		Mayo-2016	Se mejora el orden de los contenidos, se agrega contenido en flujograma.
Versión 03 origina versión 4		Febrero 2020	Se modifica responsabilidades, procedimiento frente a exposición a accidentes con fluidos corporales.

	CODIGO: HSC - RH - 24	Versión: 04
	CARACTERISTICA : RH 4.2	Vigencia: 5 años
Protocolo de Manejo de Accidentes Laborales relacionados con Sangre y Fluidos Corporales		Fecha Aprobación: Enero 2020 Fecha Término Vigencia: Enero 2025.

## 10.- REVISION Y CONTROL

### Anexo N°1



	CODIGO: HSC - RH - 24	Versión: 04
	CARACTERISTICA : RH 4.2	Vigencia: 5 años
Protocolo de Manejo de Accidentes Laborales relacionados con Sangre y Fluidos Corporales		Fecha Aprobación: Enero 2020 Fecha Término Vigencia: Enero 2025.

Anexo N°2

MINISTERIO DE SALUD  
 SERVICIO SALUD O'HIGGINS  
 SUBDIRECCIÓN AMBIENTAL  
 UNIDAD SALUD OCCUPACIONAL

**Notificación de Accidentes con Exposición Laboral a Fluidos Corporales  
 de Alto Riesgo Biológico**

**Datos del Accidentado y del Accidente**

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
 Cargo: \_\_\_\_\_ Profesión u Oficio: \_\_\_\_\_  
 Unidad o Serv. clínico: \_\_\_\_\_ Establecimiento: \_\_\_\_\_  
 Nombre del responsable directo: \_\_\_\_\_  
 Fecha de Accidente: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora Accidente: \_\_\_\_:\_\_\_\_  
 Servicio donde ocurrió el accidente: \_\_\_\_\_  
 Objeto con el que se lesionó: Aguja hueca  Aguja sutura  Trocar  Bisturí   
 Otro: \_\_\_\_\_  
 Ubicación de la lesión: \_\_\_\_\_  
 Descripción del accidente: \_\_\_\_\_

Tipo de exposición: Percutánea  Mucosas  Contacto con piel con lesiones previas   
 Mecanismo: Solo contacto  Corte superficial  Corte profundo   
 Pinchazo superficial  Pinchazo profundo

**¿Se cumplieron las normas de precaución universal?**


¿Qué elementos de protección personal usó?  
 Guantes  Pechera plástica  Mascarilla  Lentes  Cajas de bioseguridad   
 ¿Qué normas se trasgredió?: \_\_\_\_\_

**Datos del paciente fuente**

Motivo de la atención o Diag de Hospitalización: \_\_\_\_\_  
 Paciente fuente conocido: No  Si  N° de ficha o N° de RUT: \_\_\_\_\_  
 Servicio de Hospitalización: \_\_\_\_\_  
 Tiene serología: No  Si  Cual? VIH  HB  HC  Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Conducta tomada**

Serología tomada al paciente fuente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Serología tomada al accidentado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 El accidentado está vacunado contra HB: No  Sí Completo  Sí incompleto   
 Se derivó al accidentado: No  Sí  Donde? \_\_\_\_\_  
 Nombre del notificante: \_\_\_\_\_  
 Fecha de notificación: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

	CODIGO: HSC - RH - 24	Versión: 04 Vigencia: 5 años
	CARACTERISTICA : RH 4.2	Fecha Aprobación: Enero 2020 Fecha Término Vigencia: Enero 2025.
Protocolo de Manejo de Accidentes Laborales relacionados con Sangre y Fluidos Corporales		

**Instructivo de Notificación de Accidentes con Exposición Laboral  
a Fluidos Corporales de Alto Riesgo Biológico**

**- Datos del Accidentado y del Accidente:**

**Nombre:** Nombre y apellidos  
**Edad:** Corresponde a años cumplidos.  
**Cargo :** El que ocupa actualmente. En caso de estudiante, referir el año y la carrera que cursan. Si se trata de prácticas de Institutos señalar la institución.  
**Profesión u oficio:** Médico, Enfermera, Matrona, Dentista, Kinesiólogo, Tecnólogo Médico, Bioquímico Químico Farmacéutico, Técnico Paramédico, Auxiliar de Servicio, etc.  
**Unidad o Servicio Clínico:** En el que se desempeña  
**Establecimiento :** Al que pertenece  
**Nombre del Responsable Directo:** Se refiere al Jefe del funcionario al momento del accidente.  
**Fecha del Accidente:** Día, Mes, Año.  
**Hora del accidente:** Auto explicativo  
**Servicio donde ocurrió el accidente:** Señalar el sitio específico y el Servicio.  
**Objeto con el que se lesionó:** Marque el casillero correspondiente, en caso de ser otro especifique.  
**Ubicación de la lesión:** Escriba el sitio anatómico de la exposición.  
**Descripción de la lesión:** Describa la exposición señalando qué estaba haciendo en el momento de la exposición, con que material biológico ocurrió, el área de exposición, tiempo aproximado en que estuvo expuesta y cualquier otro dato de interés  
**Tipo de exposición:** Marque el casillero correspondiente, Percutánea (si traspasó la barrera dérmica), Mucosa (zona expuesta es sólo mucosa), Piel con lesiones (por ejemplo dermatosis o heridas previas).  
**Mecanismo:** Marque el casillero correspondiente. Sólo contacto: Cuando no hubo lesión; Lesión Superficial: Lesión de menos de 5 mm. de profundidad; Lesión Profunda: Lesión de más de 5 mm. de profundidad.

**- Normas de Precaución Universal:** Autoexplicativo.


Respecto a Caja de Bioseguridad, se refiere al dispositivo específico para la eliminación de cortopunzante, cuya principal característica es ser de material que impide que las agujas traspasen su pared.

**- Datos del paciente fuente:**

Corresponde al paciente del cual proviene el fluido corporal al que se expuso el funcionario. Registre el motivo de la prestación médica o diagnóstico de hospitalización. Escriba el número de ficha o RUT del paciente fuente y nombre del Servicio Clínico donde se encontraba hospitalizado.  
**Serología :** Marque si el paciente fuente tiene o no estudio serológico. Si tiene serología, marque la alterativa que corresponda.

**- Conducta tomada:**

Señale si se tomó serología al paciente fuente y al accidentado y especifique cual serología.  
 Señale si el accidentado se encuentra vacunado contra la Hepatitis B.  
 Señale si derivó al accidentado y donde  
**Fecha de Notificación:** registre día, mes y año, en que se efectuó esta notificación.

	CODIGO: HSC - RH - 24	Versión: 04 Vigencia: 5 años Fecha Aprobación: Enero 2020 Fecha Término Vigencia: Enero 2025.
	CARACTERISTICA : RH 4.2	
Protocolo de Manejo de Accidentes Laborales relacionados con Sangre y Fluídos Corporales		

Anexo N° 3:

**DENUNCIA INDIVIDUAL DE ACCIDENTE DEL TRABAJO (DIAT)**

           Folio:

Código del Caso      Fecha de Emisión

**A. Identificación del Empleador**

Nombre o Razon Social      RUT

Dirección (Calle, N°, Depto., Población, Villa, Ciudad)      Comuna      Número de Telefono

Actividad Económica      N° de Trabajadores      Propiedad de la Empresa

Principal     Contratista     Subcontratista     De Servicios Transitorios

Tipo de Empresa

Hombres     Mujeres     Publica     Privada

Si es Contratista o Subcontratista, señale actividad económica empresa principal:

**B. Identificación del Trabajador/a**

Nombres - Apellido Paterno - Apellido Materno      RUN

Dirección (Calle, N°, Depto., Población, Villa, Ciudad)      Comuna      Número de Telefono

Hombre     Mujer           

Sexo      Edad      Fecha de Nacimiento

Alacalufe     Colla     Quechua     Otro - Cual ?

Atacameño     Diaguita     Rapanui

Aimara     Mapuche     Yamana (Yagán)     Ninguno

Nacionalidad      Profesión u Oficio

Dias     Meses     Años     Indefinido     Plazo Fijo     Por Obra o Faena     Temporada

Antigüedad en la Empresa      Tipo de Contrato

Empleado     Trabajador Dependiente     Trabajador Independiente     Familiar no Remunerado     Trabajador Voluntario

Categoría Ocupacional

Ram remuneración Fija     Honorarios

Ram remuneración Variable

**C. Datos del Accidente**

Fecha del Accidente    Hora del Accidente    Hora de Ingreso al Trabajo    Hora de Salida del Trabajo

A.M.     P.M.     A.M.     P.M.     A.M.     P.M.

Dirección (Calle, N°, Depto., Población, Villa, Ciudad)      Comuna

Señale qué estaba haciendo el trabajador al momento o justo antes del accidente:      Señale el lugar donde ocurrió el accidente (nombre de la sección, edificio, área, etc.):

Describe ¿Que paso o como ocurrió el accidente?:

Señale cuál era su trabajo habitual:      ¿Al momento del accidente desarrollaba su trabajo habitual?  SI     NO

Clasificación del Accidente (Decreto N° Ley)    Tipo de Accidente:    Si es accidente de Trayecto, responda:    Tipo de accidente de Trayecto:

Grave     Fatal     Otro     Trabajo     Trayecto     Domicilio - Trabajo     Trabajo - Domicilio     Entre dos Trabajos

Parte de Carabineros     Declaración     Testigos     Otro

Medio de Prueba      Detalle del Medio de Prueba

**D. Identificación del Denunciante**

Nombres - Apellido Paterno - Apellido Materno      RUN

Número de Telefono      Clasificación del Denunciante (Ley 16.744):

Empleado     Trabajador/a     Familiar     Médico Tratante

Comité Paritario     Empresa Usuaría     Otro

Firma



INSTRUCCIONES PARA LLENAR EL FORMULARIO DIAT

**ENCABEZAMIENTO**

- Código del Caso: Debe ser asignado por el respectivo Administrador del Seguro de la Ley 16.744.
- Fecha de Emisión: Anote el día, mes y año en que está llenando este formulario DIAT (día-mes-año).
- Folio de la DIAT: Debe ser asignado por el respectivo Administrador del Seguro de la Ley 16.744.

**A. IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR**

1. Nombre o Razon Social: Anote los datos de la entidad empleadora o empleador del trabajador/a accidentado/a (evite el uso de siglas y abreviaturas).
2. RUT: Anote el RUT de la entidad empleadora o empleador.
3. Dirección (Calle, N.º, Depto., Población, Villa, Ciudad): Anote el domicilio oficial de la entidad empleadora o de la casa matriz. Responda según el detalle y en el orden solicitado.
4. Comuna: Anote la comuna en que se encuentra el domicilio oficial de la entidad empleadora.
5. Número de teléfono: Anote el número telefónico del domicilio oficial de la entidad empleadora, anteponga el código de la ciudad o celular, según corresponda.
6. Actividad Económica: Señale que actividad desarrolla la entidad empleadora. Anote en el casillero en blanco.
7. N.º de Trabajadores: Señale cuántos Hombres y cuántas Mujeres trabajan en la empresa. Anote en el cuadro respectivo.
8. Propiedad de la Empresa: Marque con una x si es entidad empleadora pública o privada.
9. Tipo de Empresa: Marque con una x si es Principal, Contratista, Subcontratista o de Servicios Transitorios.
10. Si es contratista o subcontratista, señale la actividad que desarrolla la empresa principal. Anote en el espacio en blanco.

**B. IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR/A**


11. Nombres: Apellido Paterno y Apellido Materno: Anote los datos del trabajador/a accidentado/a, según el orden solicitado.
12. RUN: Anote el RUN o RUT del trabajador/a accidentado/a.
13. Dirección (Calle, N.º, Depto., Población, Villa, Ciudad): Anote los datos del domicilio del trabajador/a accidentado/a. Responda según el detalle y en el orden solicitado.
14. Comuna: Anote la comuna que corresponde a la dirección del trabajador/a accidentado/a.
15. Número de teléfono: Anote el número telefónico del trabajador/a accidentado/a, anteponga el código de la ciudad o celular, según corresponda.
16. Sexo: Marque con una x el casillero que corresponde al sexo del trabajador/a accidentado/a.
17. Edad: Anote la edad en años cumplidos a la fecha del accidente, del trabajador/a accidentado/a.
18. Fecha de Nacimiento: Señale el día, mes y año de nacimiento del trabajador/a accidentado/a (día-mes-año).
19. Puesto originario: Marque con una x el casillero correspondiente al puesto originario al que pertenece el trabajador/a accidentado/a. Si no pertenece a ninguno, marque una x en Ninguno.
20. Nacionalidad: Anote la nacionalidad del trabajador/a accidentado/a.
21. Profesión u Oficio: Anote en el casillero en blanco la profesión u oficio del trabajador/a accidentado/a.
22. Antigüedad en la Empresa: Anote el número de años, meses o días que llevaba desempeñándose el Trabajador/a, en la empresa cuando se accidentó. Marque con una x el recuadro respectivo.
23. Tipo de Contrato: Marque con una x el casillero que corresponda al contrato del trabajador/a accidentado/a.
24. Tipo de ingreso: Marque con una x el casillero que corresponda al tipo de ingreso que percibe el trabajador/a accidentado/a.
25. Categoría Ocupacional: Marque con una x el casillero que corresponda a la categoría ocupacional del trabajador/a accidentado/a.

**C. DATOS DEL ACCIDENTE**

26. Fecha del Accidente: Anote el día, mes y año en que ocurrió el accidente (día-mes-año).
27. Hora del Accidente: Anote la hora en que ocurrió el accidente en el recuadro, y marque con una x el recuadro AM o PM, según corresponda.
28. Hora de Ingreso al Trabajo: Anote la hora a la que el trabajador/a accidentado/a registró su ingreso al trabajo.
29. Hora Salida del Trabajo: Anote la hora a la que el trabajador/a accidentado/a registró su salida del trabajo.
30. Dirección del accidente (Calle, N.º, Depto., Población, Villa, Ciudad): Anote la dirección donde ocurrió el accidente. Responda según el detalle y en el orden solicitado.
31. Comuna: Anote la comuna en que se encuentra la dirección en que ocurrió el accidente.
32. Señale que estaba haciendo el trabajador al momento o justo antes del accidente. Anote en el espacio en blanco.
33. Señale el lugar donde ocurrió el accidente: Indicar el nombre de la sección, edificio, área, o si fue en el tránsito hacia o desde su casa al trabajo u otro lugar, etc. Anote en el espacio en blanco.
34. Describa ¿Que pasó o como ocurrió el accidente? Anote en el espacio en blanco.
35. Señale cuál era el trabajo habitual del trabajador/a accidentado/a. Anote en el espacio en blanco.
36. Señale si al momento del accidente el trabajador/a accidentado/a desarrollaba su trabajo habitual? Marque con una x el casillero que corresponda, si o no.
37. Clasificación del Accidente: Marque con una x si corresponde a un accidente calificado como "grave" o "fatal" (según inciso cuarto del art. 76 de la Ley 16.744), si no está dentro de la definición en la respectiva circular, marque "otro".
38. Tipo de Accidente: Marque con una x si es un accidente de Trabajo o de Trayecto, según corresponda.
39. En caso de tratarse de un Accidente de Trayecto, marque con una x el tipo de Accidente de Trayecto de que se trata. Marque con una x el Medio de Prueba que se presenta, anote detalles del Medio de Prueba en el recuadro adjunto (ej. nombre del testigo).

**D. IDENTIFICACIÓN DEL DENUNCIANTE**

40. Nombres: Apellido Paterno y Apellido Materno: Anote los datos de la persona que extiende la denuncia o Denunciante, en el orden solicitado.
41. RUN: RUN o RUT de la persona que extiende la denuncia o Denunciante.
42. Número de teléfono: Anote el número de teléfono del Denunciante, anteponga el código de la ciudad o de celular, según corresponda.
43. Clasificación del denunciante o persona que extiende la denuncia, según Ley 16.744: Marque con una x el casillero que corresponda al tipo de Denunciante que se trata, puede ser el empleador o su representante, el propio trabajador/a accidentado/a, un familiar del trabajador/a accidentado/a, el Comité Paritario del lugar de trabajo del trabajador/a accidentado/a, el médico tratante, la empresa usuaria cuando se trate de un trabajador de una empresa de servicios transitorios u "otro", en caso de que se trate de una persona que tomó conocimiento del hecho y no está en esa lista.
44. Firma: La persona que denuncia debe firmar el formulario.

	CODIGO: HSC - RH - 24	Versión: 04 Vigencia: 5 años Fecha Aprobación: Enero 2020 Fecha Término Vigencia: Enero 2025.
	CARACTERISTICA : RH 4.2	
Protocolo de Manejo de Accidentes Laborales relacionados con Sangre y Fluídos Corporales		

Anexo N°4:

### DECLARACION INDIVIDUAL DE ACCIDENTE ESCOLAR

Antes de registrar los datos lee las instrucciones al reverso

**A. INDIVIDUALIZACION DEL ESTABLECIMIENTO**

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_ COMUNA \_\_\_\_\_  
 CURSO \_\_\_\_\_ HORARIO \_\_\_\_\_  
 FECHA REGISTRO (en DÍAS) \_\_\_\_\_  
 DIA \_\_\_\_\_ MES \_\_\_\_\_ AÑO \_\_\_\_\_  
 SEXO: M + 1  F - 2  AÑO NACIMIENTO \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_  
 APELLIDO PATERNO \_\_\_\_\_ APELLIDO MATERNO \_\_\_\_\_ NOMBRES \_\_\_\_\_  
 RESIDENCIA HABITUAL: \_\_\_\_\_  
 CALLE \_\_\_\_\_ NUMERO \_\_\_\_\_ POBLACION/VILLA \_\_\_\_\_ COMUNA \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_  
 CARRILAS \_\_\_\_\_

**B. INFORME SOBRE EL ACCIDENTE (FECHA, HORA Y DIA DE LA SEMANA EN QUE SE ACCIDENTO)**

AÑO \_\_\_\_\_ DIA \_\_\_\_\_  
 MES \_\_\_\_\_  
 DIA \_\_\_\_\_  
 TESTIGOS: (EN CASO DE TRAFECTO)  
 ACCIDENTE:  DE TRAFECTO - 1  EN LA ESCUELA - 2  
 NOMBRE - APELLIDO \_\_\_\_\_ C. NAC. DE ID. \_\_\_\_\_  
 NOMBRE - APELLIDO \_\_\_\_\_ C. NAC. DE ID. \_\_\_\_\_

**CIRCUNSTANCIA DEL ACCIDENTE (DESCRIBIR COMO OCURRIO - CAUSAL)**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

FIRMA Y TAMPÓN  
RECTOR O REPRESENTANTE

---

**D. NATURALEZA Y CONSECUENCIA DEL ACCIDENTE**

ESTABLECIMIENTO ASISTENCIAL \_\_\_\_\_ CODIGO \_\_\_\_\_ ESTABLEC. \_\_\_\_\_

SANFONTEO MEDICO \_\_\_\_\_

HOSPITALIZACION: SI + 1  NO - 2  TOTAL DIAS HOSP. \_\_\_\_\_  
 RECAPACITACION: SI + 1  NO - 2  TOTAL DIAS RECAPACITACION \_\_\_\_\_  
 PARTE DEL CUERPO AFECTADA \_\_\_\_\_

TIPO DE INCAPACIDAD: LEVE - 1  TEMPORAL - 2  INVALIDEZ PARCIAL - 3  INVALIDEZ TOTAL - 4  GRAN INVALIDEZ - 5   
 CAUSA DE OBRERÍA DEL CASO: ALTA MEDICA - 1  INVALIDEZ - 2  ADIPLICACION DE TRABAJO - 3  MUERTE - 4   
 FECHA CIERRE DEL CASO: AÑO \_\_\_\_\_ MES \_\_\_\_\_ DIA \_\_\_\_\_