

**NORMA DE PROCEDIMENTO Nº 2B**

Elaborado em

Março de 2024

Revisão nº

Próxima revisão

**SERVIÇO DE SAÚDE OCUPACIONAL ULS SANTA MARIA**

**Assunto:** PROCEDIMENTOS EM CASO DE ACIDENTE DE TRABALHO NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS DA ULS SANTA MARIA

**Destinatários:** Todos os profissionais dos Cuidados de Saúde Primários da ULS Santa Maria

**1. ACIDENTES COM EXPOSIÇÃO A SANGUE E OUTROS PRODUTOS/FLUÍDOS BIOLÓGICOS**

**Contacto por picada, mucosas ou pele não íntegra com:** sangue, líquido, líquido sinovial, pleural, peritoneal, pericárdio, amniótico, secreções vaginais ou outros fluidos contaminados com sangue.

**Líquidos potencialmente não infetantes:** urina, secreções nasais, saliva, suor e lágrimas, não contaminados com sangue visível.

**Primeiros socorros:**

- Lavar a ferida com água corrente durante alguns minutos e desinfetar posteriormente com solução iodada ou alcoólica.
- Lavar as mucosas com água abundante ou soro fisiológico.

**Avaliação do doente-fonte e do profissional acidentado no respetivo Centro de Saúde:**

- Recolher informação médica do doente-fonte e do profissional acidentado, com nomes completos, datas de nascimento, nº de cartões de utente SNS, moradas completas e nacionalidades (preencher impresso Anexo I)<sup>a)</sup>;
- Efetuar colheita de sangue ao doente-fonte (1 tubo seco), com consentimento informado do mesmo, e efetuar requisição no Centro de Saúde para Ac HIV 1 e 2, Ac HCV e Ag HBs;
- Efetuar colheita de sangue ao profissional acidentado (1 tubo seco) e efetuar requisição no Centro de Saúde para Ac HIV 1 e 2, Ac HCV, Ag HBs e Ac HBs.
- Comunicar ao Superior Hierárquico imediatamente após a ocorrência;

NOTA a): Sem o preenchimento de toda a informação, não é possível processar as análises.

NOTA b): os resultados das análises do doente-fonte têm que ser conhecidos o mais breve possível, para ser ponderada a necessidade de terapêutica profilática do profissional.

**O transporte de amostras desde o local de colheita até ao Laboratório de Urgência Piso 1 do HSM (no Serviço de Urgência Central), deverá ser feito nas seguintes condições:**

- A amostra tem de estar identificada inequivocamente e as requisições são enviadas junto com as amostras;
- As amostras têm que ser mantidas na vertical em embalagem estanque, ao abrigo da luz, longe de fonte de calor e arrefecidas por placas térmicas;
- O tempo entre a colheita e a entrega no laboratório não deverá ter uma duração superior a 2 horas.

#### **Profissional acidentado:**

- Desloca-se ao **Hospital de Santa Maria**;
- Entrega os dois tubos de sangue devidamente identificados, com as respetivas requisições no **Laboratório de Urgência Piso 1 do HSM** (no Serviço de Urgência Central);
- O Laboratório de Urgência cria um NID para o doente-fonte e um NID para o profissional acidentado (caso não o tenham ainda), completando o Anexo I;
- **Entre as 8h e as 20h, de 2ª feira a 6ª feira:** O profissional acidentado desloca-se ao Serviço de Saúde Ocupacional HSM e entrega o Anexo I totalmente preenchido, assim como o consentimento informado assinado pelo utente-fonte.
- **Fins-de-semana/feriados e dias úteis das 20h às 8h:** O acidentado faz inscrição no Serviço de Urgência do Hospital de Santa Maria e é observado pela Urgência de Infeciologia. Desloca-se ao SSO no 1º dia útil.



#### **Serviço de Saúde Ocupacional (SSO):**

- O profissional acidentado preenche a participação de acidente de trabalho (AT);
- O profissional efetua consulta médica.



#### **CONTATOS SSO HSM:**

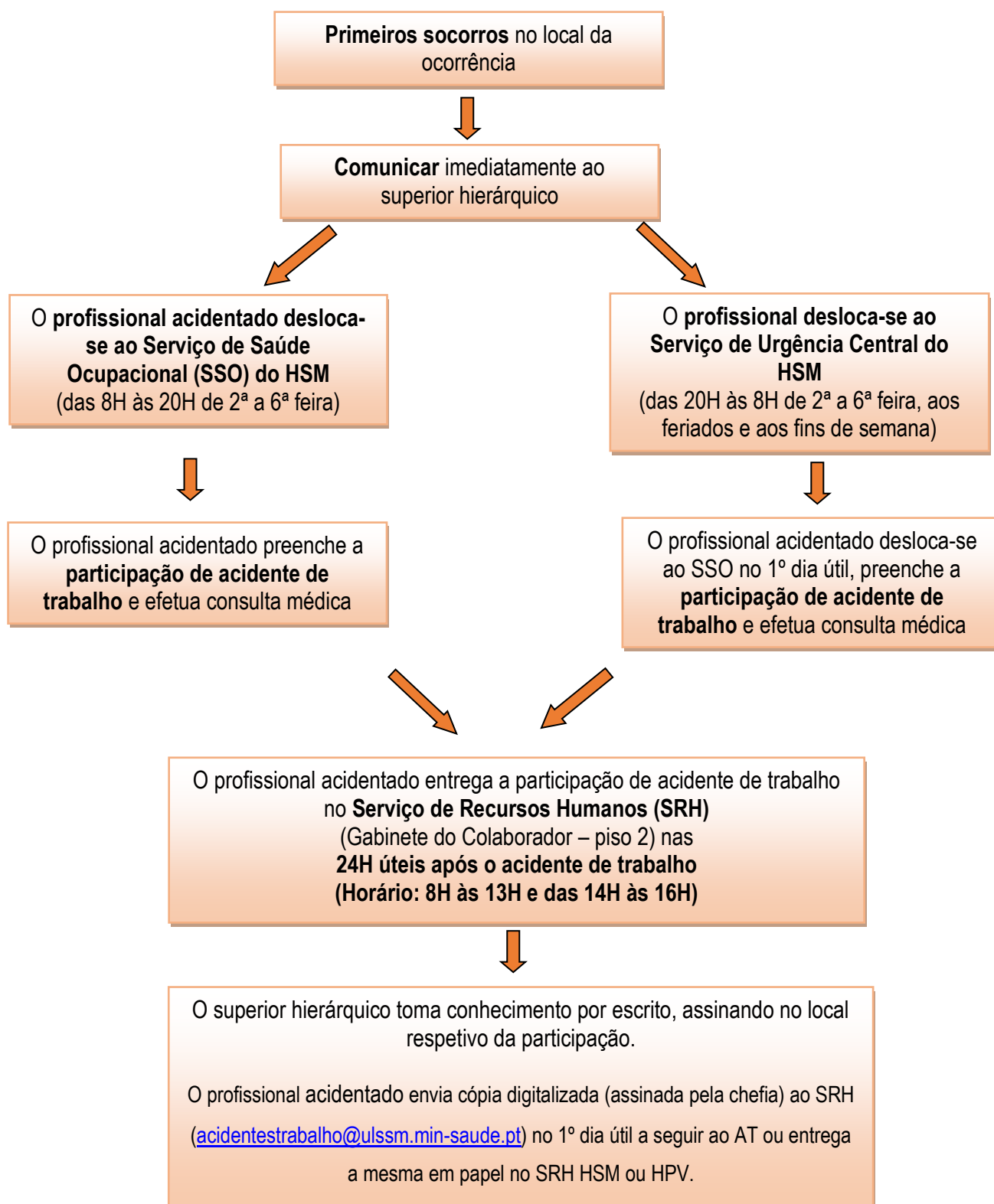
**Telefone: 210405972 e 217805362**



#### **Serviço de Recursos Humanos: Entrega da participação do acidente de trabalho**

- O profissional entrega a participação do AT no Serviço de Recursos Humanos (SRH HSM – Gabinete do Colaborador: Horário: 8H às 13H e das 14H às 16H);
- O superior hierárquico toma conhecimento por escrito, assinando no local respetivo da participação;
- O profissional envia cópia digitalizada (assinada pela chefia) ao SRH ([acidentestrabalho@ulssm.min-saude.pt](mailto:acidentestrabalho@ulssm.min-saude.pt)) no 1º dia útil a seguir ao AT ou entrega a mesma em papel no SRH HSM ou HPV.

## 2. OUTRO TIPO DE ACIDENTE DE TRABALHO:



Elaborado por:  
Serviço de Saúde Ocupacional ULS Santa Maria

Revisto por:  
Serviço de Patologia Clínica  
Serviço de Doenças Infecciosas  
Serviço de Recursos Humanos

Aprovado por:

REPÚBLICA  
PORTUGUESA  
SAÚDESNS SERVIÇO NACIONAL  
DE SAÚDEUNIDADE LOCAL DE SAÚDE  
SANTA MARIA

## ANEXO I

Elaborado em

Março 2024

Revisão nº

Próxima revisão

**ACIDENTE DE TRABALHO COM EXPOSIÇÃO A SANGUE E OUTROS FLUÍDOS BIOLÓGICOS:  
PROCEDIMENTO PARA OS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS DA ULS SANTA MARIA (ULSSM)**

**Instruções de preenchimento:**

- Todos os campos devem ser preenchidos aquando da ocorrência de acidente de trabalho por um profissional dos Cuidados de Saúde Primários da ULS Santa Maria;
- Preencher todos os campos com letras maiúsculas.
- Entregar requisições médicas das análises, no Laboratório de Urgência Piso 1 do HSM (no Serviço de Urgência Central).

**DOENTE – FONTE:**

Nome completo: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_\_

Nº Cartão Utente SNS: \_\_\_\_\_

Nacionalidade: \_\_\_\_\_

Morada completa: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Número de identificação de doente HSM (NID / NSC): \_\_\_\_\_

(a atribuir pelo Laboratório de Urgência Piso 1 do HSM, aquando da entrega dos tubos de sangue no HSM)

**PROFISSIONAL ACIDENTADO:**

Nome completo: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_\_

Nº Cartão Utente SNS: \_\_\_\_\_

Nacionalidade: \_\_\_\_\_

Morada completa: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Categoria profissional: \_\_\_\_\_ Serviço ou Centro de Saúde/USF: \_\_\_\_\_

Contacto telefónico: \_\_\_\_\_

Número de identificação de doente HSM (NID / NSC): \_\_\_\_\_

(a atribuir pelo Laboratório de Urgência Piso 1 do HSM, aquando da entrega dos tubos de sangue no HSM)

**DADOS DA OCORRÊNCIA / ACIDENTE DE TRABALHO (AT):**

Data da ocorrência: \_\_\_\_\_

Hora da ocorrência: \_\_\_\_\_

Local da ocorrência do AT: \_\_\_\_\_



## CONSENTIMENTO INFORMADO A SER ASSINADO PELO UTENTE-FONTE

Eu, \_\_\_\_\_ declaro que dou o  
meu consentimento para a realização das seguintes análises:

- Ag HBs
- Ac HCV
- Ac HIV 1 e 2

Informo que fui esclarecido que as análises acima mencionadas são realizadas no âmbito de um acidente de trabalho ocorrido com o profissional \_\_\_\_\_, para que se possa avaliar a necessidade do profissional ter o acompanhamento necessário na sequência do acidente.

Autorizo ainda que os resultados sejam enviados por *e-mail* pelo médico do Serviço de Saúde Ocupacional ao elemento clínico de ligação dos Cuidados de Saúde Primários da ULS Santa Maria que ficará responsável de me informar sobre os resultados dos mesmos.

O Utente-Fonte:

\_\_\_\_\_

O profissional que comunicou a informação contida neste consentimento ao utente-fonte:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_