

**FICHA DE NOTIFICACIÓN DE EXPOSICIÓN ACCIDENTAL
CON RIESGO BIOLÓGICO DE ORIGEN LABORAL**

TIPO DE EXPOSICIÓN	ORIGEN DEL MATERIAL	
Exposición por Pinchazo o Corte	Humano	Fecha Accidente
Exposición Cutáneo-Mucosa	Animal	Fecha Notificación

IDENTIFICACIÓN DEL CENTRO NOTIFICADOR

Tipo: Centro de Salud Servicio de Urgencias
 Dirección _____ Localidad _____ Código Postal _____
 Persona Notificadora (Nombre y Apellidos) _____
 Puesto de Trabajo) _____
 Teléfono contacto _ _ / _ _ / _ _ / _ _

Datos personales del accidentado		
Nombre	APELLIDOS	
NIF	Puesto de Trabajo	
Sexo : <input type="checkbox"/> Hombre / <input type="checkbox"/> Mujer	Nº de la SS	Fecha Nacimiento
Dirección: C/Avd/Plaza		
Localidad	Código Postal	

Profilaxis efectuada de urgencias (Marcar lo que proceda)	
<input type="checkbox"/> Vacunación Tétanos	<input type="checkbox"/> Otras vacunaciones
<input type="checkbox"/> Gammaglobulina antitetánica	<input type="checkbox"/> Otras inmunoprofilaxis pasiva
<input type="checkbox"/> Vacunación VHB	<input type="checkbox"/> Inicio Tratamiento antirretroviral
<input type="checkbox"/> Gammaglobulina VHB	<input type="checkbox"/> Tto. Antibiótico
<input type="checkbox"/> Vacunación de Hepatitis A	<input type="checkbox"/> Otros Tratamientos _____

EMPRESA Y CENTRO DE TRABAJO	
Nombre o Razón Social Empresa	
Centro de Trabajo	
Dirección Centro de Trabajo	
Localidad	

Datos de la FUENTE	
DESCONOCIDA <input type="checkbox"/>	CONOCIDA <input type="checkbox"/>
Nombre	APELLIDOS
Dirección de contacto y/ o tfno para poder avisarle de los datos de la analítica	
Calle/Avd/Plz _____	
Localidad	Cod Postal _____ Teléfono de contacto _____
OBSERVACIONES	

Declaración del trabajador accidentado:

Declaro que son ciertos cuantos datos he comunicado en relación con la exposición accidental con riesgo biológico que he sufrido. Autorizo el tratamiento de los mismos para la notificación de mi exposición accidental a la Autoridad Sanitaria, así como el intercambio de datos que sean necesarios para el seguimiento analítico de mi exposición amparado por la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal"

En _____ a _____ de _____ de 20__

Fdo.: _____
Firma del trabajador accidentado

**Sello del
centro o**

Firma de la persona que notifica

Ejemplar para el interesado
 Ejemplar para la Consejería de Sanidad y Consumo (enviar a la Dirección de Salud)
 Ejemplar para la Dirección de Salud del Área