



AOUS  
NP/2018/1134 del 09/03/2018 ore 13,14

titolo: Presidio Ospedaliero SS. ANNUNZIATA

Assegnatario: Direzione Medica Presidio Ospedaliero

Classifica: 1



Ai Direttori Plesso Cliniche San Pietro  
Ai Coordinatori Plesso Cliniche San Pietro  
p.c. Al Medico Competente  
Al RSPP  
Al Direttore Malattie Infettive  
Al Direttore Pronto Soccorso  
Al Direttore Servizio Professioni Sanitarie

### Oggetto: Comunicazione gestione Procedura Post Esposizione Infortunio Biologico

Come già avviene per il Presidio SS. Annunziata, si comunica che in caso di infortuni a rischio biologico il personale in servizio presso il Plesso Cliniche di San Pietro dovrà presentarsi, previa registrazione e valutazione del caso in Pronto Soccorso, nell'Ambulatorio di Medicina Preventiva della Direzione Medica di Presidio, sita al 3° piano del Palazzo Rosa, dal lunedì al venerdì, dalle ore 09.00 alle ore 13.00 per l'applicazione della procedura in oggetto, con la seguente documentazione:

- copia documento di accettazione del Pronto Soccorso;
- modulo INAIL rilasciato dal Pronto Soccorso;
- Modulo di dichiarazione di puntura/contatto accidentale compilato in tutte le sue parti (in allegato).

Qualora tali infortuni avvenissero di sabato o nei giorni festivi il dipendente dovrà recarsi in Pronto Soccorso e nel primo giorno utile successivo all'infortunio presso l'Ambulatorio su indicato.

Solo nei casi di contaminazione da "paziente fonte" HIV accertata contattare direttamente e immediatamente, per gli eventuali accertamenti e cure del caso, il reparto di Malattie Infettive anche nei giorni festivi.

Pertanto si chiede gentilmente alle SS.LL. di dare massima diffusione della presente a tutto il personale.

Per ulteriori chiarimenti è possibile rivolgersi al personale infermieristico della Direzione Medica di P.O. ai seguenti numeri: tel. 079 2061578 – 2061 996.

Il Direttore di Presidio  
Dott. Bruno Centu

CPSI Sandra Cadeddu



AOU Sassari



**Al Dirigente Sanitario  
Presidio Ospedaliero Sassari**

**Dichiarazione di puntura accidentale o contatto con materiale biologico**

<b>LAVORATORE:</b>	
<b>LUOGO E DATA DI NASCITA:</b>	<b>SESSO:</b> <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
<b>CODICE FISCALE:</b>	
<b>DOMICILIO:</b>	<b>TEL.</b> _____
<b>QUALIFICA:</b>	<b>DATORE DI LAVORO:</b>
<b>VACINAZIONE HBSAg</b> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<b>MATRICOLA:</b>
<b>MACRO STRUTTURA:</b>	<b>STRUTTURA:</b>
<b>ALLE ORE:</b>	<b>DEL GIORNO:</b> / / 20__
<b>SI E':</b>	( PUNTO, TAGLIATO, SCHIZZATO, VENUTO A CONTATTO)
<b>CON:</b>	( TIPO DI OGGETTO AGO, BISTURI, ETC. )
<b>NEL:</b>	( SEDE DI PUNTURA, TAGLIO,ETC. )
<b>DURANTE:</b>	( MANOVRA CHE SI STAVA ESEGUENDO)
<b>INIZIALI PZ.</b>	
<b>AFFETTO DA:</b>	
<b>SUL QUALE SONOSTATI RICHIESTI I SEGUENTI ESAMI:</b>	<input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> HCV
<b>TESTIMONI DELL' ACCADUTO:</b>	
_____	
<i>Non compilare</i> →→→	<b>PUNTURA ACCIDENTALE N° PROT.</b>

Sassari, \_\_\_\_\_

TIMBRO DEL REPARTO

IL LAVORATORE

II RESPONSABILE DELLA STRUTTURA

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_