

INSTITUTO DE MEDICINA TROPICAL – MSPBS.

Servicio de Atención Integral-Instituto de Medicina Tropical (IMT – MSP Y BS)
INSTRUCTIVO PARA EL PACIENTE CON ACCIDENTE OCUPACIONAL Y NO OCUPACIONAL

Si usted ha sufrido un accidente laboral o una exposición que implique riesgo de contagio de VIH deberá recibir profilaxis antirretroviral (PEP) dentro de las primeras 72 horas. La indicación de la PPE dependerá del resultado de VIH de usted y del paciente fuente por lo cual deberá realizar los siguientes pasos:

1. Usted deberá realizarse el test rápido para VIH, VHB y sífilis en el laboratorio clínico del IMT.
2. Traer sangre del paciente fuente para realizar el test rápido para VIH, VHB y sífilis en caso de accidente ocupacional o hacer al paciente fuente, si está disponible, en caso de accidente no ocupacional.

Acuda al consultorio del SAI-IMT con su ficha de accidente laboral, en donde se evaluará según los resultados solicitados la continuación o suspensión de la profilaxis antirretroviral y se le hará seguimiento y controles correspondientes.

Los consultorios y consejería del SAI-IMT se encuentran en el fondo de la institución y su horario de atención es de 06:00 a 18:00 horas

Teléfono: 0982 798 837

1. TENOFOVIR/EMTRICITABINE
2. ATAZANAVIR/RITONAVIR
3. Posología: tomar un comprimido de TENOFOVIR/EMTRICITABINE y un comprimido ATAZANAVIR/RITONAVIR cada 24 horas por 3 días

● **IMPORTANTE:**

- Tomar a horario.
- No beber bebidas alcohólicas.
- No comidas grasas, picantes y condimentos.
- Beber mucho líquido.

● **EFFECTOS ADVERSOS DE LA MEDICACIÓN:**

- Nauseas.
- Mareos.
- Dolor de cabeza.
- Dolor de estómago.
- No suspender medicación hasta consultar con el médico.

Recibí instructivo en fecha.....

Firma del médico Tratante..... Firma del paciente.....

INSTITUTO DE MEDICINA TROPICAL – MSPBS.

Servicio de Atención Integral-Instituto de Medicina Tropical (IMT – MSP Y BS)

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PROFILAXIS POST-EXPOSICION VIH

HOJA 2

Tras haber sufrido una exposición de riesgo para adquirir el VIH y luego de recibir una copia del instructivo para el paciente con accidente ocupacional y no ocupacional – HOJA 1- y dar lectura del documento “Instructivo para el paciente con accidente ocupacional y no ocupacional” que me ha sido entregado en el Servicio de Urgencias del Instituto de Medicina Tropical.

Dn/Dña: _____ decido voluntariamente recibir/no recibir (tachase lo que no proceda) el tratamiento profiláctico post-exposicional con: (marcar Kit proporcionado)

. TENOFOVIR/EMTRICITABINE + ATAZANAVIR/RITONAVIR
Asumiendo los posibles efectos secundarios de esta medicación.

Asunción, ____ de _____ del 202 ____

Firma:

Aclaración:

INSTITUTO DE MEDICINA TROPICAL – MSPBS.

Servicio de Atención Integral-Instituto de Medicina Tropical (IMT – MSP Y BS)

Nro. De ficha.....

1. DATOS DEL ACCIDENTADO:

- Nombre y apellido:
 - Fecha de nacimiento:
 - Edad:
 - Sexo:
 - Institución a la que pertenece:
 - Profesión:
 - Lugar de residencia:
 - Antecedentes:
 - Tiene vacuna para:
 - Hepatitis B: SI NO
 - Vacuna Td: SI NO
 - Otras vacunas: SI NO Cual:
- Nro. de dosis de vacuna para VHB que ha recibido: _____

2. DATOS DEL ACCIDENTE OCUPACIONAL:

- Fecha y hora del accidente: _____/_____
- Fecha y hora de la consulta: _____/_____
- Procedimiento o maniobra realizada:
- Área de exposición:
- Tipo de exposición:
 - Pinchazo_____ Corte _____ Salpicadura_____
 - Otros. Cual:
- Material involucrado:
 - Aguja roma_____ Aguja acanalada_____ Bisturí_____ Otros. Cual: _____
 - Tenía guantes en el momento del accidente: SI___ NO___
- Procedimiento posterior realizado:
 - Saco el guante_____ Uso antiséptico_____ Lavado de manos_____ Uso lavandina_____

3. NO OCUPACIONAL

- Fecha y hora del accidente: _____/_____
- Fecha y hora de consulta: _____/_____
- Agresión sexual: SI ___ NO ___
- Tipo de exposición:
- Recepción anal con eyacuación sin preservativo:
- Recepción anal con eyacuación con preservativo:
- Recepción vaginal con eyacuación sin preservativo:
- Recepción vaginal con eyacuación con preservativo:
- Sexo oral sin eyacuación:
- Sexo oral con eyacuación:

4. DATOS DEL PACIENTE FUENTE:

- Fuente conocida: _____ Fuente desconocida: _____
- Nombre y apellido de la fuente o código:
- Institución: Servicio:
- Dx principal:
- Uso de drogas EV:

INSTITUTO DE MEDICINA TROPICAL – MSPBS.

- Serología conocida: **Hepatitis B:** **Hepatitis C:** **VIH:** **Sífilis:**

5. CLASIFICACION DEL ACCIDENTE OCUPACIONAL:

- **Leve:** **Grave:**

6. NO OCUPACIONAL

- **Riesgo Alto:** **Riesgo Moderado:** **Riesgo Mínimo:**

7. EN CASO DE ACCIDENTE NO OCUPACIONAL: (COMPLETAR)

- **Fecha de consulta ginecológica:**