

Corte o Pinchazo de Origen Humano

Datos de la cabecera del parte :	
Centro Notificador : JUNTA DE EXTREMADURA	Código Centro Notificador :
Nº reg.exp :	Fecha de Notificación :

Datos del Trabajador (Personales y laborales):		
Nombre :	Apellido.1 :	Apellido.2 :
Sexo :	F.Nacimiento :	NIF :
Ocupación :		
Contrato :	Área :	
NISS :	Antigüedad :	SubContrata :

Datos de la empresa y el centro de trabajo:		
Empresa :		CIF :
Mutua :		Prevención :
Centro Trabajo :		CIF :

Datos del Accidente:	
Fecha del Accidente :	Hora del día :
Hora de Trabajo :	Lugar de la Exposición :
Vacunado Hepatitis B :	Año Hepatitis B :
Vacunado Tétanos :	Año Tétanos :
Serología AntiHBS :	Año AntiHBS :
Otra (Anti VHC, Anti VIH) :	Año Otra Serología :
Agente :	Otro agente :
Uso del Material :	Fluido :
Protección :	
Lesión :	Zona Corporal :
Cantidad de fluido :	Profundidad :
Actuación :	
Circunstancias :	
Profilaxis :	
Medidas Preventivas :	Informado :
Exposición Evitable :	Coste Exp (€) :
Incidencias y Comentarios :	

Corte o Pinchazo de Origen Humano

Datos de la Fuente :

Nombre :

Apellido 1 :

Apellido 2 :

Observaciones :

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

Firma del Trabajador

Firma del Responsable de la Notificación

Usuario :

Fecha :

página: 2 de 2