



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PAVIA

Servizio di Prevenzione e Protezione

SEGNALAZIONE DI INCIDENTI A RISCHIO DI TRASMISSIONE DI INFEZIONI (HBV-HCV-HIV)

spedire immediatamente

Al Medico Competente dell'Università
Unità Operativa Ospedaliera di Medicina del Lavoro
I.R.C.C.S. Istituti Clinici Scientifici Maugeri
Via S. Boezio, 24 - 27100 Pavia
Fax 0382/593702
Al Responsabile Servizio Prevenzione e protezione
Fax 0382/21020

Si segnala che il/la Sig.

qualifica: docente/ricerc. tecnico studente ospite

tel. abit.

afferre al Laboratorio

il cui Responsabile è

del Dip. /Centro tel.

in data alle ore mentre svolgeva le seguenti attività:

.....

.....

si infortunava accidentalmente tramite:

Ago contaminato Morso/Graffio di animale..... (precisare)

Schizzi di sangue

Altri strumenti..... (precisare) Altro materiale biologico..... (precisare)

Con le seguenti modalità di esposizione:

PARENTERALE (Taglio/puntura/morso/graffio)

PER CONTATTO mucosa cutanea

L'interessato è già stato sottoposto a:

VACCINAZIONE ANTIEPATITE B NO SI
(indicare data ultima dose o richiamo)

VACCINAZIONE ANTITETANICA NO SI
(indicare data ultima dose o richiamo)

ALTRO:.....
(precisare e indicare ultima dose o richiamo)

Azioni intraprese: nessuna visita al pronto soccorso

INFORMAZIONI RELATIVE ALLA FONTE DI CONTAGIO:

Provenienza del campione biologico sconosciuta Provenienza del campione biologico nota

....., lì.....

.....
(firma dell'interessato)

.....
(Responsabile del Laboratorio)

.....
(Responsabile della Struttura)