

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

## Telefonare o spedire immediatamente

- Al Medico Competente dell'Università  
c/o Unità Operativa di Medicina Ambientale e  
Medicina Occupazionale  
Fondazione Salvatore Maugeri  
Via S. Boezio 26 - 27100 Pavia  
Tel. 0382/593701 - Fax 0382/593702
- Al Responsabile Servizio di prevenzione e protezione  
c/o Area Ambiente e Sicurezza  
(fax 0382-21020)

Si segnala che il/la Sig. ....

qualifica:  docente/ricerc.  tecnico  studente  ospite  altro: .....

tel. abit. .... / .....

afferre al Laboratorio .....

il cui Responsabile è .....

del Dip./Ist./Centro ..... tel. .... / .....

in data ..... alle ore ..... mentre svolgeva le seguenti attività: .....

si infortunava accidentalmente tramite:

- Ago contaminato
- Schizzi di sangue
- Altri strumenti.....  
(precisare)
- Morso/Graffio di animale.....  
(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.....  
(Interessato)

.....  
(Responsabile Laboratorio/Attività)

.....  
(Direttore Struttura)