

Allegato 7- Guida di orientamento al tirocinio clinico

MODALITÀ DA SEGUIRE IN CASO DI INFORTUNIO

INFORTUNIO NON A RISCHIO BIOLOGICO

In caso di infortunio durante lo svolgimento del tirocinio, lo studente deve farsi rilasciare il giorno stesso una relazione scritta con la dichiarazione di quanto è accaduto, utilizzando la **Scheda Dati Infortunio** (vedi **MODELLO A - Allegato 7 bis**). Tale dichiarazione deve essere redatta dal Tutor Clinico oppure, in sua assenza, dal Coordinatore Infermieristico o suo delegato o dall'Infermiere Affiancatore.

Con tale relazione, lo studente deve presentarsi al Pronto Soccorso dello stesso presidio ospedaliero in cui è avvenuto l'infortunio.

Nel caso di infortunio durante il tirocinio presso una sede distrettuale si deve fare riferimento a:

- Pronto Soccorso p.o. S.G. Bosco per il Distretto N-E, Ospedale Civico Città di Settimo T.se
- Pronto Soccorso p.o. Maria Vittoria per il Distretto N-O, Casa Circondariale Lo Russo e Cutugno, Residenza Casa Serena, R.S.A. Il Trifoglio, p.o. Major, Centro Puzzle, Centro Diurno Socio Riabilitativo di Torino – A.I.S.M.

In Pronto Soccorso, dopo gli accertamenti del caso, verrà rilasciato **un documento che, unitamente alla sopracitata dichiarazione**, lo studente dovrà **inviare** tempestivamente, **entro le 12 ore** successive l'evento, **al seguente indirizzo mail: infortun@unito.it**

Per eventuali informazioni telefonare al seguente numero 011.6704057 (Sig. Ruffino).

INFORTUNIO A RISCHIO BIOLOGICO

In caso di infortunio che comporti un rischio biologico, **oltre alla procedura sopra indicata**, **deve essere compilata anche la parte relativa all'infortunio biologico del MODELLO A (riquadro Rischio Biologico)** ed occorre inoltre recarsi presso **il Servizio Medico Competente del presidio ospedaliero in cui è avvenuto l'infortunio** per l'attivazione della sorveglianza sanitaria.

Nel caso di infortunio durante il tirocinio presso una sede distrettuale si deve fare riferimento a:

- Servizio Medico Competente p.o. S.G.Bosco (tel. 011.2402408/247) per il Distretto N-E, Ospedale Civico Città di Settimo T.se
- Servizio Medico Competente p.o. Maria Vittoria, Via Medail 16 (tel. 011.4393286/277) per il Distretto N-O, Casa Circondariale Lo Russo e Cutugno, Residenza Casa Serena, R.S.A. Il Trifoglio, p.o. Major, Centro Puzzle, Centro Diurno Socio Riabilitativo di Torino – A.I.S.M.

SCHEDA DATI INFORTUNIO

Il/La sottoscritto/a _____

Qualifica _____

DICHIARA

di aver assistito

di essere stato informato dall'interessato

dell'incidento avvenuto in data ___/___/___ alle ore _____

presso _____

DATI DELL'INFORTUNATO E MODALITA' DELL'INCIDENTE

Nome _____ Cognome _____

Nato a _____ il ___/___/___

Iscritto al Corso di Laurea in Infermieristica-A.S.L. "Città di Torino" anno di corso _____

Breve descrizione dell'accaduto (es. puntura dopo prelievo durante eliminazione dell'ago; schizzo da liquido biologico...)

Eventuale dispositivo responsabile della lesione (es. ago a farfalla) _____

Sede della lesione (es. indice della mano destra) _____

Utilizzo di Dispositivi di Protezione (es. guanti, visiera):

si no non so

La manovra eseguita prevede delle procedure codificate?

si no non so

Data _____

Firma dell'Infortunato

<p style="text-align: center;">Rischio biologico</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no</p> <p style="text-align: center;">Esami ematici eseguiti:</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> HCV</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> HBsAG <input type="checkbox"/> Transaminasi</p>

Timbro e Firma del Dichiarante
