Formulario aprobado

OMB no. 0920-1011

EXP fecha 31/03/17

**TRABAJADOR DE ASISTENCIA SANITARIA**

**CUESTIONARIO DE EXPOSICIÓN DE RABIA**

Apellidos: \_\_\_ nombre: \_\_\_

Address: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Home Phone # (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Trabajo telefono # (\_) \_\_\_

City: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Zip Code: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. La edad (años)

2. Sexo: M F

3. En que Departamento trabajas? \_\_\_

4. ¿Cuál es tu profesión? \_\_\_

Describe your job: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5. ¿Tienes cualquier contacto físico con el paciente, sus secreciones corporales, muestras de laboratorio o tejido?

No \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Yes \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si NO, vaya al # 11

6. Cuánto tiempo pasaste con el paciente? \_\_\_ (horas)

7. ¿Fuiste mordido por el paciente? No \_\_\_\_\_\_ Yes \_\_\_\_\_

8. ¿ Se besó por el paciente? No \_\_\_\_\_\_ Yes \_\_\_\_\_

9. ¿ Estabas en contacto con cualquiera de los fluidos del paciente o secreciones a continuación? (Marque cada selección que se aplica)

**Si, fue en:**

Guantes de piel, etc..

1. Saliva No \_\_\_ sí \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_

2. Las secreciones respiratorias No \_\_\_ sí \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_

3. Cerebroespinal No \_\_\_ sí \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_

4. No lágrimas \_\_\_ sí \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_

10. ¿Tuvo una herida fresca, corte u otra rotura en la piel que puede haber sido en contacto con secreciones orales del paciente?

No \_\_\_ sí \_\_\_

En caso afirmativo: Localización de rotura de herida/corte \_\_\_

¿Que las secreciones?

1. \_\_\_ De saliva

2. \_\_\_ De secreciones respiratorias

3. Líquido cefalorraquídeo \_\_\_

4. \_\_\_ De lágrimas

11. De las secreciones orales del paciente entró en contacto con los ojos, boca o nariz (membranas mucosas)?

No \_\_\_ sí \_\_\_

En caso afirmativo: Describir las secreciones, membranas mucosas y circunstancias.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

12. ¿Usted participa en cualquier procedimiento que se realiza en el paciente? (Incluye intubación, punción lumbar, inserción de un tubo nasogastric)

No \_\_\_ sí \_\_\_

En caso afirmativo: Procedimiento: \_\_\_

¿Qué equipo de protección personal utilizas? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Usted tiene cualquier roturas en los guantes?

No \_\_\_ sí \_\_\_

13. En tu opinión, ¿cuál fue la exposición más importante? ¿Cuál fue la exposición que más le preocupa?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

14. Previamente se ha inmunizado contra la rabia?

No \_\_\_ sí \_\_\_

¿En caso afirmativo: cuando? \_\_\_ / \_\_\_ (Mes/año)

¿Por qué fueron inmunizados? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Que la vacuna? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_