



Formato de Reporte de Incidentes, Accidentes y Derrames del Laboratorio de Genómica Viral y Humana BSL-3

(Última modificación 20/Junio/2023 v8.0)

- NOTE: 1.- Utilice letra molde legible en todo el documento. Piense antes de documentar sus ideas.
2.- UNICAMENTE utilice el formato de fecha requerido.
3.- Utilice llenado de caja completa para seleccionar su opción.
4.- Complemente este reporte con los "CDC Agent Summary Statement" (Biosafety in Microbiological and Biomedical Laboratories, 6th Edition) y/o Material Safety Data Sheets (MSDS) correspondientes.

Información del incidente

LGVH-	0000	Fecha:	dd / mmm / aaaa	Hora:	hh : mm
Responsable de llenado:					
Responsable del incidente:					
Área de laboratorio involucrada :	<input type="checkbox"/> Área de biología celular (BSL-2) <input type="checkbox"/> Área de RT-PCR (BSL-2) <input type="checkbox"/> Área de biología molecular (BSL-2) <input type="checkbox"/> Cuarto de lavado (BSL-2 Plus) <input type="checkbox"/> Recepción / Oficinas / Cubículos <input type="checkbox"/> Cuarto eléctrico	<input type="checkbox"/> Antesala limpia (BSL-2 Plus) <input type="checkbox"/> Antesala de ducha (BSL-2 Plus) <input type="checkbox"/> Antesala de EPP (BSL-3) <input type="checkbox"/> Suite de contención biológica (BSL-3) <input type="checkbox"/> Cámara de descontaminación (BSL-3) <input type="checkbox"/> Exterior del laboratorio			
Tipo de material, sustancia o agente biológico involucrado:	<input type="checkbox"/> Biológico RG1 <input type="checkbox"/> Biológico RG2 <input type="checkbox"/> Biológico RG3 <input type="checkbox"/> Solvente / inflamable <input type="checkbox"/> Oxidante	<input type="checkbox"/> Fluido criogénico (LN ₂) <input type="checkbox"/> Gas criogénico (CO ₂) <input type="checkbox"/> Sustancia tóxica <input type="checkbox"/> Carcinógeno / mutágeno <input type="checkbox"/> Otro: _____			
Suplementos:	<input type="checkbox"/> CDC Agent Summary Statement	<input type="checkbox"/> MSDS			
Describa el incidente:					



Evaluación de riesgo biológico

Agentes biológicos patentes	1.-
	2.-
	3.-
	4.-
	5.-

Agentes biológicos potenciales	1.-
	2.-
	3.-
	4.-
	5.-

Riesgo de exposición individual	<input type="checkbox"/> Bajo	<input type="checkbox"/> Moderado	<input type="checkbox"/> Alto
---------------------------------	-------------------------------	-----------------------------------	-------------------------------

Riesgo de exposición comunitaria	<input type="checkbox"/> Bajo	<input type="checkbox"/> Moderado	<input type="checkbox"/> Alto
----------------------------------	-------------------------------	-----------------------------------	-------------------------------

Riesgo de exposición ambiental	<input type="checkbox"/> Bajo	<input type="checkbox"/> Moderado	<input type="checkbox"/> Alto
--------------------------------	-------------------------------	-----------------------------------	-------------------------------

Se vulneró la bioseguridad	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
----------------------------	-----------------------------	-----------------------------

Se vulneró la biocustodia	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
---------------------------	-----------------------------	-----------------------------

Se empleaba el EPP correspondiente al riesgo al momento del incidente?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
--	-----------------------------	-----------------------------

El EPP empleado al momento del incidente se encontraba íntegro y en condiciones operativas normales?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
--	-----------------------------	-----------------------------

Se vulneraron barreras de contención primaria durante el incidente? P.ej. envase primario o gabinetes de seguridad biológica.	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
--	-----------------------------	-----------------------------

Se vulneraron barreras de contención secundaria durante el incidente? P.ej. Se evacuó el laboratorio sin seguir procedimientos de descontaminación apropiados)	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
---	-----------------------------	-----------------------------

Probabilidad de que las prácticas de laboratorio realizadas al momento del incidente representen un riesgo de exposición.	<input type="checkbox"/> Alta	<input type="checkbox"/> Moderada	<input type="checkbox"/> Baja
---	-------------------------------	-----------------------------------	-------------------------------

Probabilidad de infección por la ruta de exposición implicada por el incidente.	<input type="checkbox"/> Alta	<input type="checkbox"/> Moderada	<input type="checkbox"/> Baja
---	-------------------------------	-----------------------------------	-------------------------------

Probabilidad de que el EPP empleado al momento del incidente haya protegido adecuadamente al usuario.	<input type="checkbox"/> Alta	<input type="checkbox"/> Moderada	<input type="checkbox"/> Baja
---	-------------------------------	-----------------------------------	-------------------------------



Reporte de personal expuesto

Mencione a todos los individuos potencialmente expuestos ordenados de mayor a menor riesgo, prioridad o severidad.

Caso #	Nombre completo	Sexo	Edad
1		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	
2		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	
3		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	
4		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	
5		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	
6		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	
7		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	
8		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	
9		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	
10		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	

Seguimiento médico de casos sujetos a cuarentena interna u hospitalaria

Caso #	Síntomas presentes para el día... (✓ Si, × No, A Dado de alta)																	
	+01	+02	+03	+04	+05	+06	+07	+08	+09	+10	+11	+12	+13	+14	+15	+16	+17	+18
1																		
2																		
3																		
4																		
5																		
6																		
7																		
8																		
9																		
10																		



Seguimiento médico de casos sujetos a cuarentena domiciliaria

Caso #	Número celular	Síntomas presentes para el día... (✓ Si, × No, A Dado de alta)									
		+01	+02	+03	+04	+05	+06	+07	+08	+09	+10
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											

Casos referidos a profilaxis post-exposición

Caso #	Médico / Hospital tratante	Tipo de profilaxis y posología
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		

