



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

(Última modificación 10/Oct/2022 v7.0)

- NOTA: 1.- Utilice letra clara, legible y precisa. Piense lo que quiere decir antes de anotar.
2.- Utilice ÚNICAMENTE el formato de fecha y hora requerido.
3.- Utilice sombreado de cuadro completo ■ al seleccionar opciones.
4.- Acompañe todo reporte con el "CDC Agent Summary Statement" (Biosafety in Microbiological and Biomedical Laboratories, 6th Edition) y/o Material Safety Data Sheets (MSDS) correspondiente.

Datos del Incidente

Folio LGVH-	0000	Fecha:	dd / mmm / aaaa	Hora:	hh : mm
Responsable de llenado:					
Administrador del incidente:					
Área de laboratorio involucrada:	<input type="checkbox"/> Área de Biología Molecular (BSL-2)	<input type="checkbox"/> Cuarto de Lavado (BSL-2)	<input type="checkbox"/> Área de Biología Celular (BSL-2)	<input type="checkbox"/> Antesala limpia (BSL-2)	<input type="checkbox"/> Antesala sucia (BSL-3)
	<input type="checkbox"/> Área de RT-PCR (BSL-2)	<input type="checkbox"/> Área de Contención Biológica (BSL-3)	<input type="checkbox"/> Cuarto de Lavado (BSL-2)	<input type="checkbox"/> Esclusa de descontaminación (BSL-3)	<input type="checkbox"/> Exterior del laboratorio
	<input type="checkbox"/> Almacén		<input type="checkbox"/> Recepción / Oficinas / Cubículos		
Indique tipo de sustancia o material involucrado:	<input type="checkbox"/> Material Biológico RG1	<input type="checkbox"/> Líquido criogénico (LN ₂)	<input type="checkbox"/> Material Biológico RG2	<input type="checkbox"/> Gas criogénico (CO ₂)	<input type="checkbox"/> Sustancia tóxica
	<input type="checkbox"/> Material Biológico RG3	<input type="checkbox"/> Sustancia caustica / oxidante	<input type="checkbox"/> Solvente / inflamable	<input type="checkbox"/> Carcinógeno / mutágeno	<input type="checkbox"/> Otra: _____
Anexos incluidos:	<input type="checkbox"/> CDC Agent Summary Statement		<input type="checkbox"/> MSDS		
Descripción del 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"/> Elevado
---------------------------------	-------------------------------	-----------------------------------	----------------------------------

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

Riesgo de exposición al ecosistema	<input type="checkbox"/> Bajo	<input type="checkbox"/> Moderado	<input type="checkbox"/> Elevado
------------------------------------	-------------------------------	-----------------------------------	----------------------------------

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

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

Se estaba empleando el EPP correspondiente para las actividades?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
--	-----------------------------	-----------------------------

El EPP se encontraba íntegro al momento del incidente?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
--	-----------------------------	-----------------------------

Se vulneró la barrera de contención primaria durante incidente? P. Ej. Gabinete de Seguridad Biológica o contenedor primario	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
---	-----------------------------	-----------------------------

Se vulneró alguna barrera de contención secundaria durante incidente? P. Ej. Se evacuó el laboratorio sin descontaminación apropiada	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
---	-----------------------------	-----------------------------

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

Probabilidad de que ocurra infección tras la exposición por vía implicada en incidente.	<input type="checkbox"/> Alta	<input type="checkbox"/> Moderada	<input type="checkbox"/> Baja
---	-------------------------------	-----------------------------------	-------------------------------

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



Reporte de personas expuestas

Enumere casos 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 sometidos a cuarentena interna / hospitalaria

Caso #	Síntomas referidos al día (✓ Si, × No, A 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 telefónico de casos sometidos a cuarentena doméstica

Caso #	Teléfono	Síntomas referidos al día (✓ Si, × No, A 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 / Institución tratante	Esquema empleado
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		



Caso # _____

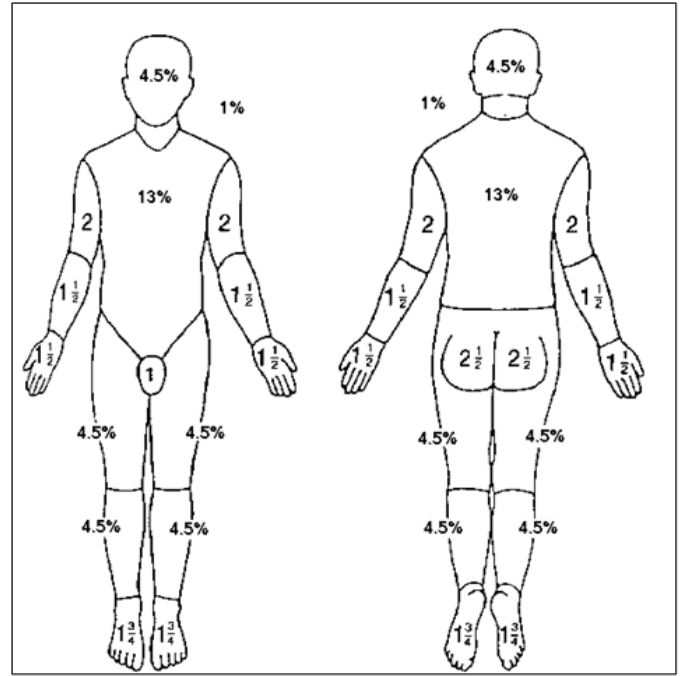
NOTA: Imprima esta página tantas veces como el número de casos por reportar.

Nombre: _____	Edad: _____	Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
---------------	-------------	---

Vía de exposición:	<input type="checkbox"/> Inhalación
	<input type="checkbox"/> Ingestión
	<input type="checkbox"/> Piel (contacto directo)
	<input type="checkbox"/> Contacto mucosas
	<input type="checkbox"/> Accidente punzo-cortante

Quemaduras?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
-------------	---

Tipo de quemadura:	<input type="checkbox"/> Alta temperatura
	<input type="checkbox"/> Criogénica
	<input type="checkbox"/> Química



Grado:	<input type="checkbox"/> 1 ^{er} Lesión eritematosa o blanquecina
	<input type="checkbox"/> 2 ^{do} Lesión con ampolla.
	<input type="checkbox"/> 3 ^{er} Pérdida de piel, involucra músculo, tendón o hueso.

Notas médicas: