
	ACTUACIÓN EN CASO DE SUCESOS	Edición/ Fecha emisión: 00/ 13/04/16	Preparado por: Responsable Bioseguridad	Aprobado por: Director Navarrabiomed	Pág. 1 de 1
CONTROL DE MODIFICACIONES					
Finalidad del proceso: Definir el modo de actuación para la notificación e investigación de los sucesos (accidentes, incidentes y enfermedades profesionales) acaecidos en Navarrabiomed.		Modif. nº	Fecha	Descripción	
<p>1. OBJETO El objeto del presente procedimiento es sistematizar la notificación e investigación de los sucesos (accidentes, incidentes y enfermedades profesionales) acaecidos en Navarrabiomed.</p> <p>2. ALCANCE Se notificarán e investigarán como mínimo todos los sucesos que produzcan un daño a la salud de los trabajadores así como todos los que el Servicio de Prevención de Riesgos (en adelante SPRL) considere oportuno y/o el Comité de Seguridad y Salud y/o una parte interesada lo demanden.</p> <p>3. ACCIDENTE DE TRABAJO (AT) Y ENFERMEDAD PERSONAL (EP)</p> <p>3.1 ASISTENCIA MÉDICA En caso de que se produzca un accidente de trabajo, hay que detectar si se trata de:</p> <p>1. <u>Accidentes de "urgencia vital"</u>. Llame al 112 para que procedan a la atención de urgencia del trabajador afectado, traslado a un centro asistencial/hospitalario más cercano o con la especialidad médica requerida para cada caso. Es recomendable, en estos casos de urgencia, que el accidentado sea acompañado por otra persona (especialmente si no estuviera consciente o tuviera dificultades para expresarse), para que pueda facilitar el nombre completo, domicilio, DNI del accidentado, nombre y dirección de la empresa, así como las circunstancias que rodearon el accidente (causas, hora, lugar, posible inhalación de tóxicos, etc.) IMPORTANTE. En estos casos es de máxima importancia que la empresa comunique a Mutua Navarra (fax 948 207 320) la existencia del accidente y/o asistencia, para proceder en consecuencia, realizando traslados a un centro médico especializado, etc.</p> <p>2. <u>Accidentes con riesgo biológico considerados de "urgencia"</u>. En primer lugar se debe actuar de la siguiente manera:</p> <p>- Exposición ocular a aerosoles o salpicaduras: Lavar al menos 15 minutos con agua.</p> <p>- Exposición a agujas o material punzante o cortante. Lavar cuidadosamente la zona herida con agua corriente sin restregar. Dejar manar la sangre durante 2-3 minutos (inducir el sangrado). Desinfectar la herida con povidona yodada (u otro desinfectante). Cubrir la herida con un apósito impermeable.</p> <p>- En caso de derrame: Avisar a todo el personal próximo al área de derrame y señalar el área afectada. Añadir lejía sin diluir y dejar que se produzca la inactivación durante 20-30 minutos. Absorber el derrame con papel absorbente. Limpiar el área con papel empapado en lejía al 10 %. Colocar el material utilizado en los contenedores destinados a residuos sólidos biopeligrosos. Notificar al responsable de bioseguridad.</p> <p>En los dos primeros casos, tras la primera actuación, se debe continuar actuando como en el apartado 3. "resto de accidentes"</p> <p>3. <u>Resto de accidentes.</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Acuda al centro asistencial de Mutua Navarra más cercano. Recuerde que Mutua Navarra es la responsable de la atención sanitaria del trabajador, por lo que el accidentado deberá ser atendido en nuestros Centros Asistenciales, o en aquellos que los servicios médicos de Mutua Navarra designe expresamente, ya que son quienes mejor pueden decidir el centro médico más adecuado. Si desconoce los centros asistenciales de Mutua Navarra más cercanos o el accidente se ha producido fuera del horario de asistencia de los mismos, llame al teléfono directo y gratuito Asistencia 24 horas 900 21 21 00, donde le indicarán qué hacer y a dónde ir. Asimismo, puede informarse en la página web www.mutuanavarra.es, donde se actualizará continuamente dicha información, o dirigirse al correo electrónico redasistencial@mutuanavarra.es. <p>SIEMPRE Y EN TODO CASO (tanto si se trata de un accidente grave, como no grave), excepto que la dimensión de la urgencia lo impida, lleve consigo:</p> <ul style="list-style-type: none"> Impreso "solicitud de asistencia sanitaria" (<i>Anexo al presente documento</i>), convenientemente relleno. Este documento es imprescindible, tanto para la emisión del parte de baja como para la continuación de la asistencia médica del trabajador. La "solicitud de asistencia" NO sustituye en ningún caso al "parte de accidente". DNI (o tarjeta de la Seguridad Social) del accidentado y nombre exacto de la empresa en la que trabaja. Permitirá, en caso de resultar necesaria, la identificación inequívoca del mismo, así como de la empresa en la que presta sus servicios. 					

 <p>NAVARRABIOMED CENTRO DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA</p>	<p>ACTUACIÓN EN CASO DE SUCESOS</p>	<p>Edición/Fecha emisión: 00/ 13/04/16</p>	<p>Preparado por: Responsable Bioseguridad</p>	<p>Aprobado por: Director Navarrabiomed</p>	<p>Pág. 1 de 1</p>
CONTROL DE MODIFICACIONES					
<p>Finalidad del proceso: Definir el modo de actuación para la notificación e investigación de los sucesos (accidentes, incidentes y enfermedades profesionales) acaecidos en Navarrabiomed.</p>		<p>Modif. nº</p>	<p>Fecha</p>	<p>Descripción</p>	
<p>ADEMÁS, SI EL ACCIDENTE ES CON RIESGO BIOLÓGICO, TAMBIÉN SE DEBERÁ CUMPLIMENTAR EL SIGUIENTE DOCUMENTO:</p>					
<ul style="list-style-type: none"> • “Parte de accidente con riesgo biológico” (Anexo al presente documento) 					
<p>3. 2 TRÁMITES ADMINISTRATIVOS</p>					
<p>Toda vez que el accidentado ha recibido asistencia sanitaria:</p>					
<ol style="list-style-type: none"> 1. <u>El trabajador no causa baja.</u> El accidentado podrá incorporarse a su puesto de trabajo el mismo día o al día siguiente al de sufrir el accidente. <ul style="list-style-type: none"> • Mutua Navarra. El servicio médico de Mutua Navarra emitirá un “certificado de asistencia sin baja” que el trabajador deberá entregar a su empresa, con el fin de justificar la asistencia recibida. • Empresa. Los responsables de la empresa deberán presentar, vía Sistema Delt@, en los cinco primeros días hábiles del mes siguiente, la “relación de accidentes de trabajo ocurridos sin baja médica”. 2. <u>El trabajador sí causa baja.</u> El accidentado no se reincorpora el día siguiente al accidente. <ul style="list-style-type: none"> • Mutua Navarra. El servicio médico extiende el “parte médico de baja” (excepto que el accidentado no aporte a su llegada al dispensario médico la solicitud de asistencia sanitaria), uno de cuyos ejemplares el trabajador debe entregarlo a la empresa. Este certificado puede ser de dos clases, o de accidente de trabajo, o de enfermedad profesional. • Empresa. Los responsables de la empresa, en los cinco primeros días hábiles después de la fecha de baja, deberán presentar, vía Sistema Delt@, el PAT o Parte de Accidente de Trabajo. En caso de tratarse de una Enfermedad Profesional y presentarlo en formato papel, en el mismo plazo de no más de cinco días hábiles, desde la fecha de baja. • Recaída. En caso de tratarse de una recaída (baja por un mismo proceso, en un periodo máximo de seis meses, desde la fecha de la primera baja), la empresa deberá realizar un Parte de Accidente de Trabajo o un Parte de Enfermedad Profesional, señalando que se trata de una recaída de un proceso anterior. En caso de que la empresa considere que las dolencias que ha sufrido el trabajador no tienen relación con su actividad laboral, debe notificarlo sin demora a Mutua Navarra por escrito (fax 948 207 320), para que proceda a su anulación y remita al paciente a su médico de cabecera. 3. <u>Supuestos especiales</u> (accidente grave, muy grave, fallecimiento o que afecte a más de cuatro trabajadores). En estos casos (siempre excluyendo los accidentes “in itinere”), además de cumplimentar el Parte de Accidente (y remitirlo vía Delt@, la empresa deberá comunicar dicho accidente a la AUTORIDAD LABORAL, en un plazo inferior a 24 horas; bien vía Delt@, bien vías tradicionales, como fax, telegrama... En dicha comunicación, se indicarán los siguientes datos: <ul style="list-style-type: none"> • Datos de la empresa: Razón social, domicilio y teléfono. • Nombre de los accidentados • Dirección completa del lugar del accidente. • Breve descripción del accidente. 					
<p>Tarjeta 24 h de asistencia médica. En Mutua Navarra sabemos que los horarios de trabajo no siempre coinciden con nuestro horario laboral. Por eso, en caso de accidente fuera del horario de nuestros centros (de 7:30h a 20:30h) o si desconoces dónde se encuentra el centro de Mutua Navarra más próximo, ponte en contacto con nuestro Servicio de Asistencia Médica 24 horas en el teléfono 900 21 21 00.</p>					
<p>El servicio 24 horas garantiza:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evacuación urgente del accidentado al centro más apropiado. • La coordinación de su asistencia. • La información sobre los servicios médicos. 					
<p>Además, y en caso de que el accidente necesite atención hospitalaria urgente, desde Mutua Navarra te recomendamos acudir al siguiente centro:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Clínica San Miguel de Pamplona (para los trabajadores de los centros de Pamplona y Alsasua). 					
<p>4. INCAPACIDAD TEMPORAL POR CONTINGENCIAS COMUNES (ITCC)</p>					
<p>4.1 PARTES DE BAJA, CONFIRMACIÓN Y ALTA</p>					
<ul style="list-style-type: none"> • En caso de baja, el trabajador presentará a la empresa el correspondiente parte dentro de los tres días contados a partir de la fecha de la baja. • Los partes de confirmación de baja deben ser entregados por el trabajador a la empresa, en los mismos plazos que los partes de baja. • Al producirse el alta, el trabajador deberá entregar la copia para la empresa dentro de las veinticuatro horas siguientes. 					
<p>En todos los casos, la empresa deberá remitir a Mutua Navarra, la copia a ella destinado, dentro de los cinco días siguientes al de la recepción utilizando cualquier medio que deje constancia del hecho de la comunicación.</p>					

PARTE DE ACCIDENTE CON RIESGO BIOLÓGICO

Nº Registro:

Apellidos, Nombre	Nº Historia
Fecha Accidente	Hora
Fecha Notificación	Era su trabajo habitual? SI NO

NORMAS DE CUMPLIMENTACIÓN

- *En Vía de Transmisión, marcar **parenteral** ante un pinchazo con cualquier objeto*
- *En Lugar del Accidente, marcar **lugar abierto** para espacios al aire libre (vías, monte, ...)*
- ***Instituciones Socio-Sanitarias**, incluye Residencias Geriátricas, Centro Penitenciario, etc.*
- *En **Protección Previa**, marcar todas las prendas de protección que se usaban*

VÍA DE TRANSMISIÓN	
Aérea	
Dérmica	
Digestiva	
Parenteral	
Vectores	Insectos
	Otros animales

LUGAR DEL ACCIDENTE	
Institución Socio-Sanitaria	
Escuela Infantil	
Sala de Autopsias	
Laboratorio	Pecuario
	Vegetal
	Obras Públicas
Lugar abierto	
Centro Sanitario	
Otros	

MATERIAL	
Saliva/Espujo	
Sangre y Derivados	
Vómitos	
Orina/Heces	
Agua, alimentos	
Otros	

LOCALIZACIÓN CORPORAL	
Desconocido	
Cara, excepto ojos	
Cráneo	
Ojos	
Cuello	
Tórax, espalda y costados	
Región lumbar y Abdomen	
Genitales	
Manos	
Miembros superiores excepto manos	
Pies	
Miembros inferiores excepto pies	
Lesiones múltiples	
Órganos internos	

TIPO DE LESIÓN	
Arañazo	
Contacto no parenteral	
Contacto parenteral	
Corte	
Ingestión	
Pinchazo	
Salpicadura	
Mordisco	
Inhalación	
Picadura	
Otros	

TIPO DE OBJETO	
Aguja	
Cuchilla, bisturí	
Tijeras	
Cuchillo	
Otros	
No procede	
Pipeta	
Porta	
tubo	

DESCRIPCIÓN	
Manipulación de Contenedor	
Manipulación de Muestras	
Manipulación de Basura	
Instrumental en lugar inadecuado	
Reducción e Inmovilización	
Rescate y Primeros Auxilios	
Traslado de Personas	
Contacto con animales vivos/muertos	
Otros	

SUPERFICIE DE CONTACTO	
Conjuntiva	
Mucosa	
Piel integra	
Piel no intacta	
Otros	

FUENTE DE EXPOSICIÓN	
Humana	
Animal	
Vector	
Otras	

ACTUACIÓN INMEDIATA	
Promover sangrado	
Lavado de la zona	
Aplicar un desinfectante	
Promover sangrado y lavado de la zona	
Promover sangrado, lavado de la zona y desinfectante	
Promover sangrado y desinfectante	
Lavado de la zona y desinfectante	
Otras	
Nada	

PROTECCIÓN PREVIA		
SI	Guantes	
	Bata	
	Mascarilla	
	Gafas	
	Otros	
NO		

VACUNACIÓN PREVIA		
Hepatitis B	Inmunizado	
	No inmunizado	
	Parcialmente Inmunizado	
	No respondedor	
Tétanos	Inmunizado	
	No inmunizado	
	Parcialmente Inmunizado	

En caso de fuente de exposición humana								
Nombre y Apellidos								
Domicilio							Teléfono	
SEROLOGÍA								
VHBs Ag	Positivo		VHC	Positivo		VIH	Positivo	
	Negativo			Negativo			Negativo	
	Desconocido			Desconocido			Desconocido	

Descripción del accidente

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Fecha:

Firma:.....

SOLICITUD DE ASISTENCIA SANITARIA

Ejemplar para el lesionado, que debe entregar en el centro asistencial

1. EMPRESA

Nombre de la empresa		C.C.C.	Teléfono
Dirección	Localidad		Código Postal

Rogamos presten asistencia sanitaria al siguiente trabajador de esta empresa:

2. TRABAJADOR

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre	Núm. Afiliación Seguridad Social	DNI/NIE/TIE
-----------------	------------------	--------	----------------------------------	-------------

3. ASISTENCIA SOLICITADA POR EL SIGUIENTE MOTIVO

<input type="checkbox"/> Lesión conocida y provocada en nuestro centro de trabajo	<input type="checkbox"/> Lesión referida al trabajador (pendiente de verificar en sus causas laborales)	Fecha del suceso	Hora
---	---	------------------	------

4. INCIDENCIA

Breve descripción de las tareas que realizaba en el momento de comenzar las molestias

5. SOLICITANTE

Fecha de la solicitud	Firma solicitante y sello de la empresa
Apellidos	
Nombre	
Cargo en la empresa	

6. ¿A QUÉ MUTUA PERTENECE?

 **Mutua Montañesa** | suma
  **MAZ** | suma
  **univale** | suma
  **Mutua navarra** | suma
  **egarsat** | suma

Uso de la Solicitud

Objeto

La Solicitud de Asistencia Sanitaria es un mecanismo diseñado para facilitar la comunicación entre las empresas mutualistas y **SUMA intermutual** para simplificar los trámites ante la necesidad de atención por parte de los trabajadores de dichas empresas.

Es una comunicación desde la empresa informando que el trabajador acude a **SUMA intermutual** con el conocimiento de la empresa.

En ningún caso es el reconocimiento de la existencia de un accidente de trabajo o de una enfermedad profesional; dichos reconocimientos se realizan exclusivamente mediante las correspondientes declaraciones de accidente de trabajo o de enfermedad profesional.

Modo de uso

- La solicitud de asistencia se precisa solamente la primera vez que un trabajador acude a **SUMA intermutual** como consecuencia del inicio de un proceso de asistencia sanitaria. Esto es, para las revisiones del proceso no es necesario cumplimentarla. Pero sí cada vez que se produzca una nueva necesidad de asistencia sanitaria.
- Ante la necesidad de una asistencia sanitaria, una persona (que la empresa designe) cumplimenta la Solicitud de Asistencia Sanitaria. En el citado parte escribe los siguientes datos:

- Nombre de la empresa.
 - Nombre y apellidos del trabajador.
 - Motivo de la solicitud de la asistencia.
 - Fecha y hora del suceso.
 - Tareas que realizaba el trabajador en el momento de surgir la necesidad de la asistencia. Esta descripción ayudará en gran medida al equipo médico a la hora de determinar el diagnóstico rápidamente y con precisión.
 - Fecha de la solicitud y sello de la empresa.
 - Nombre y apellidos del solicitante, cargo en la empresa y su firma.
- El trabajador se persona en los locales de asistencia sanitaria de **SUMA intermutual**. En la recepción le solicitan el documento de solicitud de asistencia.
 - Si el trabajador no portase este documento a la llegada al centro asistencial, se le requerirá que su empresa lo rellene.
 - Si la asistencia es de urgencia, se prestará asistencia sanitaria, pero no se continuará con el proceso administrativo (emisión de la baja laboral) hasta que la empresa no haga llegar la solicitud de asistencia a **SUMA intermutual**.
 - Si la asistencia no es urgente, el trabajador es remitido a la empresa, a fin de que cumplimente la solicitud de asistencia, de modo que el trabajador acuda con el documento cumplimentado.

