



FUNCIONES Y RESPONSABILIDADES FEA DIGESTIVO 2022

Las características generales para la atención del paciente son:

- Respetar las diferencias y prestar una atención en condiciones de equidad.
- Comprender y respetar la intimidad de las personas.
- Mantener la confidencialidad como principio general.
- Amabilidad como señal de profesionalidad y respeto.

La atención sanitaria debe ser:

- Continuada y con trabajo en equipo.
- Información a los usuarios.
- Respetar la autonomía de los usuarios.
- Ejercer de modelo ante la población en el consumo del tabaco.

Con respecto a la organización en la atención:

- Trabajar con orientación al usuario como principio.
- Ayudar a los usuarios a orientarse en los servicios de la organización.
- Ayudar a resolver los problemas de los usuarios.
- Identificación personal.

Aprender a actuar en situaciones de conflicto como pueden ser:

- Peticiones no razonables de los usuarios.
- Quejas y reclamaciones.



PLAN FUNCIONAL PARA EL F.E.A. DE DIGESTIVO:

Los FEA atienden de forma rotatoria, según cronograma establecido por el Jefe de Servicio de la UGC a planta de hospitalización, consultas externas, interconsultoría o exploraciones complementarias. Cambio de actividad aproximada quincenal.

Sesión matinal: 08:30 09:30:

- Pase de guardia con las incidencias mas relevantes.
- Los martes sesión clínica, rotatoria entre todos los facultativos.
- Los miércoles sesión de especialidad.
- Está pendiente de iniciar sesiones mensuales de investigación y procesos asistenciales.
- Se comentan incidencias, reclamaciones de usuarios, etc.
- Casos clínicos problema de la UGC, en caso de que algún FEA lo considere necesario.

Pase de sala y emisión de informes: 09:30 - 14:00:

- Informe con pacientes asignados, en Secretaría.
- Revisión de resultados patológicos pendientes tras alta.
- Revisión de historias de los pacientes asignados.
- Pase de sala con enfermera referente, preferentemente entre 10:30 - 12:30.
- Uso de la prescripción electrónica.
- Solicitud de exploraciones complementarias, cumplimentación de consentimiento informado si precisa.
- Información al pacientes / familiar, respetando la intimidad y confidencialidad, en un lenguaje comprensible.
- Interconsultoría con plazo de contestación no superior a las 24h en días laborables, por el FEA de planta.
- Atención al "busca" de la especialidad, para llamadas Urgentes o peticiones de ingreso desde Urgencias. Es atendido por el FEA de Digestivo de planta.
- Informe de alta, garantizando la continuidad asistencial y la transmisión segura de la información.



- Tareas administrativas, si procede.

Consultas Externas: 09:30 - 14:00

- Revisión de resultados patológicos recibidos en la consulta, y solicitud de historias si precisa.
- Pase de consulta.
- Infomes en DIRAYA.
- Solicitud de exploraciones complementarias, cumplimentación de consentimiento informado si precisa.
- Garantizar la continuidad asistencial y la transmisión segura de la información.
- Resolución de resultados patológicos pendientes.
- Resolución de interconsultas virtuales con Atención Primaria..

Exploraciones complementarias: 09:00-14:00

- Comprobación de que el paciente acude con el consentimiento informado debidamente cumplimentando y que ha comprendido la información, en caso de que la exploración a realizar lo requiera.
- Realización de endoscopiadigestiva según lo programado.
- Remisión de muestra biológicas con informe adecuado y guardando las medidas de seguridad para material biológico apropiadas.
- Emisión de informes en programa específico.
- Garantizar la continuidad asistencial y la transmisión segura de la información.
- En caso de resultado "crítico" para la salud del paciente, se informará al médico solicitante del resultado a la menor brevedad posible, en caso de no localizar al solicitante se informará al Director de su UGC. En caso necesario se remitirá a Urgencias.

Guardias: Entre las 15:00 y las 08:00 en día labora. En día sfestivo entre las 10:00 de ambos días.

Área de Gestión Sanitaria Norte de Almería

Hospital "La Inmaculada" y Distrito A. P. Levante Alto Almanzora

Avda. Dra. Ana Parra, s/n

04600 Huércal-Overa (ALMERIA)

Teléfono: 950 02 90 00



- Cambio de guardia, se comentan las incidencias más relevantes.
- Atención de llamadas Urgentes por personal de nuestra UGC.
- Atención de llamadas Urgentes por personal de otra UGC y contestación de interconsultas Urgentes.
- Revisión de resultados pendientes de exploraciones complementarias en las plantas de nuestra UGC, con resolución del caso.

Continuidades Asistenciales: 15:00 - 20:00.

- Se establecen según necesidades de la UGC para cubrir descitaciones o aumentos en las demoras, de forma equilibrada entre todos sus integrantes.
- Las responsabilidades son las mismas que para las consultas externas o exploraciones complementarias, según corresponda.

Actividades varias: Horario no definido, según necesidades:

- Reuniones a las que se cite al FEA según actividad:
 - Comisiones de Calidad del Area (Infecciones, Uso racional del medicamento, ...).
 - Gestión por Procesos Asistenciales.
- Investigación.
- Docencia y Formación.
- Informes de exitus.

Centro de Trabajo: Trabajador:				Servicio: Con DNI:		Categoría: Fecha:	
Tipo de EPI	Entregado	Disponble	Código Genérico de Centro (*)		Riesgos frente a los que protege	Actividades en los que tienen que usarse	Normas de uso y mantenimiento
			Marca y modelo				
Mascarilla autofiltrante FFP3	☐	☐	B39144		Riesgo biológico. Inhalación de partículas (aerosoles y líquidos no volátiles)	Tareas relacionadas con curas, pruebas y/o cuidados que requieran maniobras invasivas y en general, tareas susceptibles de generar salpicaduras o proyecciones de aerosoles infectados (proyecciones de sangre, gotas de cultivos infecciosos, etc.)	Seguir las instrucciones reflejadas en el folleto informativo facilitado por el fabricante
Mascarilla autofiltrante FFP2	☐	☐	B38713		Riesgo biológico. Inhalación de partículas (aerosoles y líquidos no volátiles)	Tareas relacionadas con curas, pruebas y/o cuidados que requieran maniobras invasivas y en general, tareas susceptibles de generar salpicaduras o proyecciones de aerosoles infectados (proyecciones de sangre, gotas de cultivos infecciosos, etc.)	Seguir las instrucciones reflejadas en el folleto informativo facilitado por el fabricante
Gautes de látex, sin polvo, no estériles	☐	☐	B38032		Riesgo biológico. Contacto directo de las manos con fluidos potencialmente infecciosos	Protección del personal sanitario en exploraciones de pacientes y manipulaciones diversas	Seguir las instrucciones reflejadas en el folleto informativo facilitado por el fabricante
Gaute de nitrilo, no estéril	☐	☐	B39130		Riesgo biológico. Contacto directo de las manos con fluidos potencialmente infecciosos	Protección del personal sanitario en exploraciones de pacientes y manipulaciones diversas	Seguir las instrucciones reflejadas en el folleto informativo facilitado por el fabricante
Gautes de neopreno, sin polvo, estéril con recubrimiento de nitrilo	☐	☐	B40842		Riesgo químico y/o riesgo biológico	Manipulación de muestras, fluidos biológicos, manipulación de productos químicos, etc.	Seguir las instrucciones reflejadas en el folleto informativo facilitado por el fabricante

(*) El Código Genérico de Centro identifica una talla del equipo en concreto. En caso de no coincidir, modifique la terminación del código, introduciendo el número correcto. El trabajador arriba firmante reconoce tener a su disposición en su Servicio o haber recibido directamente (según proceda), los equipos de protección individual especificados, según lo establecido en art. 17.2 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales 31/95. De acuerdo con el art. 18 de la Ley 31/95, el trabajador ha recibido y entendido la información de cuándo y cómo debe utilizar los equipos de protección individual, así como el manual de instrucciones contenido en cada equipo, haciéndose responsable de su uso y mantenimiento. Así mismo, se compromete a solicitar a su mando directo de forma inmediata la reposición cuando estos equipos se deterioren, extravíen o se agoten en caso de ser desechables, según modelo DOC09-04 "Solicitud de Equipo de Protección Individual" disponible en la página web del SAS o facilitado por parte de su mando directo.

Fdo: Trabajador/a

Fdo: Mando Intermedio

D.....

D.....

Centro de Trabajo: Trabajador:				Servicio: Con DNI:		Categoría: Fecha:	
Tipo de EPI	Entregado	Disponible	Código Genérico de Centro (*)		Riesgos frente a los que protege	Actividades en los que tienen que usarse	Normas de uso y mantenimiento
			Marca y modelo				
Guantes de vinilo, empolvados, no estériles. Categoría 3	☐	☐	B39138		Riesgo químico y/o riesgo biológico	Manipulación de muestras, fluidos biológicos, manipulación de productos químicos, etc.	Seguir las instrucciones reflejadas en el folleto informativo facilitado por el fabricante
Guantes de vinilo, sin polvo, no estériles. Categoría 3	☐	☐	B39134		Riesgo químico y/o riesgo biológico	Manipulación de muestras, fluidos biológicos, manipulación de productos químicos, etc.	Seguir las instrucciones reflejadas en el folleto informativo facilitado por el fabricante
Guantes de látex, empolvados, quirúrgicos	☐	☐	B40853		Riesgo biológico	Contacto directo de las manos con fluidos potencialmente infecciosos. Protección del personal sanitario en actividades que requieran condiciones asépticas.	Seguir las instrucciones reflejadas en el folleto informativo facilitado por el fabricante
Guantes de látex, sin polvo, quirúrgicos	☐	☐	B38291		Riesgo biológico	Contacto directo de las manos con fluidos potencialmente infecciosos. Protección del personal sanitario en actividades que requieran condiciones asépticas.	Seguir las instrucciones reflejadas en el folleto informativo facilitado por el fabricante
Gafas de protección ocular	☐	☐	B39356		Riesgo biológico. Salpicaduras y proyección de partículas	Tareas relacionadas con curas, pruebas y/o cuidados que requieran maniobras invasivas y en general, tareas susceptibles de generar salpicaduras o proyecciones de aerosoles infectados (proyecciones de sangre, gotas de cultivos infecciosos, etc.). Tareas que puedan generar proyección de partículas de alta velocidad y baja energía. Manipulación de productos químicos	Seguir las instrucciones reflejadas en el folleto informativo facilitado por el fabricante

(*) El Código Genérico de Centro identifica una talla del equipo en concreto. En caso de no coincidir, modifique la terminación del código, introduciendo el número correcto. El trabajador arriba firmante reconoce tener a su disposición en su Servicio o haber recibido directamente (según proceda), los equipos de protección individual especificados, según lo establecido en art. 17.2 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales 31/95. De acuerdo con el art. 18 de la Ley 31/95, el trabajador ha recibido y entendido la información de cuándo y cómo debe utilizar los equipos de protección individual, así como el manual de instrucciones contenido en cada equipo, haciéndose responsable de su uso y mantenimiento. Así mismo, se compromete a solicitar a su mando directo de forma inmediata la reposición cuando estos equipos se deterioren, extravíen o se agoten en caso de ser desechables, según modelo DOC09-04 "Solicitud de Equipo de Protección Individual" disponible en la página web del SAS o facilitado por parte de su mando directo.

Fdo: Trabajador/a

Fdo: Mando Intermedio

D.....

D.....

Centro de Trabajo: Trabajador:				Servicio: Con DNI:		Categoría: Fecha:	
Tipo de EPI	Entregado	Señale con una X	Disponible	Código Genérico de Centro (*)	Riesgos frente a los que protege	Actividades en los que tienen que usarse	Normas de uso y mantenimiento
Calzado con suela antideslizante	☐	☐	☐	Marca y modelo D34250	Caidas al mismo. Protección frente a electricidad estática	Desplazamientos por el centro de trabajo	Seguir las instrucciones reflejadas en el folleto informativo facilitado por el fabricante
Delantal de radioprotección	☐	☐	☐	E81137	Radiaciones ionizantes	Tareas realizadas con exposición a radiación electromagnética proveniente de los rayos X (realización de técnicas de radiodiagnóstico, intervenciones con exposición a rayos X, etc.)	Seguir las instrucciones reflejadas en el folleto informativo facilitado por el fabricante
Protege tirooides	☐	☐	☐	A51317	Radiaciones ionizantes	Tareas realizadas con exposición a radiación electromagnética proveniente de los rayos X (realización de técnicas de radiodiagnóstico, intervenciones con exposición a rayos X, etc.)	Seguir las instrucciones reflejadas en el folleto informativo facilitado por el fabricante
Guantes sin polvo quirúrgicos de radioprotección	☐	☐	☐	A51289	Radiaciones ionizantes	Tareas realizadas con exposición a radiación electromagnética proveniente de los rayos X (realización de técnicas de radiodiagnóstico, intervenciones con exposición a rayos X, etc.)	Seguir las instrucciones reflejadas en el folleto informativo facilitado por el fabricante
Botas de Seguridad	☐	☐	☐	D46441	Caída de objetos, golpes, aplastamientos, pinchazos etc	Tareas de manipulación manual de cargas. Botellas y botellones de gases, mobiliario, uso de transpalets, carretillas elevadoras, transporte de mercancías etc. Tareas de asistencia de emergencias a otros centros y/o exterior etc	Seguir las instrucciones reflejadas en el folleto informativo facilitado por el fabricante

(*): El Código Genérico de Centro identifica una talla del equipo en concreto. En caso de no coincidir, modifique la terminación del código, introduciendo el número correcto.
El trabajador arriba firmante reconoce tener a su disposición en su Servicio o haber recibido directamente (según proceda), los equipos de protección individual especificados, según lo establecido en art. 17.2 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales 31/95.
De acuerdo con el art. 18 de la Ley 31/95, el trabajador ha recibido y entendido la información de cuándo y cómo debe utilizar los equipos de protección individual, así como el manual de instrucciones contenido en cada equipo, haciéndose responsable de su uso y mantenimiento.
Así mismo, se compromete a solicitar a su mando directo de forma inmediata la reposición cuando estos equipos se deterioren, extravíen o se agoten en caso de ser desechables, según modelo DOC09-04 "Solicitud de Equipo de Protección Individual" disponible en la página web del SAS o facilitado por parte de su mando directo.

Fdo: Trabajador/a

Fdo: Mando Intermedio

D.....

D.....

Centro de Trabajo: Trabajador:			Servicio: Con DNI:		Categoría: Fecha:	
Tipo de EPI	Entregado	Disponible	Código Genérico de Centro (*)	Riesgos frente a los que protege	Actividades en los que tienen que usarse	Normas de uso y mantenimiento
Calzado de seguridad	☐	☐	C23579	Caida de objetos, golpes, aplastamientos, pinchazos etc	Tareas de manipulación manual de cargas, ollas, cajas de material y alimentos, mobiliario, uso de transpaleta, carros, transporte de mercancías etc	Seguir las instrucciones reflejadas en el folleto informativo facilitado por el fabricante
Guantes de malla metálica. Carnicero	☐	☐	D54013	Riesgo cortes y punciones	Tareas que requieran realizar cortes de alimentos, extracción de muestras de animales, uso de corta fiambres.	Seguir las instrucciones reflejadas en el folleto informativo facilitado por el fabricante
Guantes	☐	☐	A53564	Riesgo contactos térmicos	Tareas que requieran realizar manipulación de alimentos, ollas, bandejas, menaje, hornos, recipientes calientes.	Seguir las instrucciones reflejadas en el folleto informativo facilitado por el fabricante
Guantes	☐	☐	D47636	Riesgo contactos térmicos	Tareas que requieran realizar manipulación de material, autoclaves, bandejas, recipientes calientes. Esterilización	Seguir las instrucciones reflejadas en el folleto informativo facilitado por el fabricante
Guantes criogénico	☐	☐	Sin código	Riesgo contactos térmicos baja temperatura	Tareas que requieran la manipulación de productos a baja temperatura, carbónico, gas líquido, criogénico	Seguir las instrucciones reflejadas en el folleto informativo facilitado por el fabricante
Guantes de piel	☐	☐	E164555	Riesgo cortes y punciones	Tareas de manipulación manual de cargas. Botellas y botellones de gases, mobiliario, uso de transpalets, carretillas elevadoras, transporte de mercancías etc.	Seguir las instrucciones reflejadas en el folleto informativo facilitado por el fabricante

(*) El Código Genérico de Centro identifica una talla del equipo en concreto. En caso de no coincidir, modifique la terminación del código, introduciendo el número correcto. El trabajador arriba firmante reconoce tener a su disposición en su Servicio o haber recibido directamente (según proceda), los equipos de protección individual especificados, según lo establecido en art. 17.2 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales 31/95. De acuerdo con el art. 18 de la Ley 31/95, el trabajador ha recibido y entendido la información de cuándo y cómo debe utilizar los equipos de protección individual, así como el manual de instrucciones contenido en cada equipo, haciéndose responsable de su uso y mantenimiento. Así mismo, se compromete a solicitar a su mando directo de forma inmediata la reposición cuando estos equipos se deterioren, extravíen o se agoten en caso de ser desechables, según modelo DOC09-04 "Solicitud de Equipo de Protección Individual" disponible en la página web del SAS o facilitado por parte de su mando directo.

Fdo: Trabajador/a

Fdo: Mando Intermedio

D.....

D.....

Centro de Trabajo: Trabajador:				Servicio: Con DNI:	Categoría: Fecha:	
Tipo de EPI	Entregado	Señale con una X	Código Genérico de Centro (*)	Riesgos frente a los que protege	Actividades en los que tienen que usarse	Normas de uso y mantenimiento
			Marca y modelo			
Chaleco reflectante			D33521	Atropellos, colisiones, accidentes de tráfico etc.	Tareas realizadas en el exterior del centro, asistencia y traslado de urgencias en otros lugares distinto al interior del centro. Tareas realizadas en el exterior del centro con presencia de vehículos en sus proximidades.	Seguir las instrucciones reflejadas en el folleto informativo facilitado por el fabricante
			D33554	Atropellos, colisiones, accidentes de tráfico etc	Tareas realizadas en el exterior del centro, asistencia y traslado de urgencias en otros lugares distinto al interior del centro. Tareas realizadas en el exterior del centro con presencia de vehículos en sus proximidades	Seguir las instrucciones reflejadas en el folleto informativo facilitado por el fabricante
Pantalón reflectante				Atropellos, colisiones, accidentes de tráfico etc	Tareas realizadas en el exterior del centro, asistencia y traslado de urgencias en otros lugares distinto al interior del centro. Tareas realizadas en el exterior del centro con presencia de vehículos en sus proximidades	Seguir las instrucciones reflejadas en el folleto informativo facilitado por el fabricante
Kit 1 protección Ebola				Riesgo biológico	Contacto directo de las manos con fluidos potencialmente infecciosos. Protección del personal sanitario en actividades que requieran condiciones asépticas.	Seguir las instrucciones reflejadas en el folleto informativo facilitado por el fabricante
Kit 2 protección Ebola				Riesgo biológico	Contacto directo de las manos con fluidos potencialmente infecciosos. Protección del personal sanitario en actividades que requieran condiciones asépticas.	Seguir las instrucciones reflejadas en el folleto informativo facilitado por el fabricante
						Seguir las instrucciones reflejadas en el folleto informativo facilitado por el fabricante

SISTEMA DE GESTIÓN PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES



INFORMACIÓN sobre los CURSOS de FORMACIÓN
en MATERIA de PREVENCIÓN de RIESGOS
LABORALES

CODDOC: DOC23-03 CODPR:
Página1 de 1

D./Dña. _____ trabajador/a del SAS, con DNI nº _____
con categoría profesional de _____ y puesto de trabajo _____
en el Centro sanitario _____ en el
municipio de _____ con turno de _____, con _____ años de
edad, domicilio en _____ nº _____ del municipio de _____
teléfonos de contacto _____
y correo electrónico _____

Para dar cumplimiento a la LPRL en su *Art. 19 Formación de los trabajadores*, y conforme al *Art. 29 Obligaciones de los trabajadores en materia de prevención de riesgos*, de dicha ley, **el Cargo Intermedio informa al trabajador/a que debe realizar a través de GESFORMA de SSCC, los siguientes cursos específicos en materia de PRL, que están relacionados con los riesgos de su puesto de trabajo.**

La información sobre estos cursos está disponible en:

<https://web.sas.junta-andalucia.es/servicioandaluzdesalud/profesionales/prevencion-riesgos-laborales/cursos-de-formacion-line-para-profesionales-del-servicio-andaluz-de-salud>

EL CARGO INTERMEDIO marcará con una X los cursos que procedan, y en caso de duda, solicitará asesoramiento a su UPRL

Cursos OBLIGATORIOS para TODOS los PROFESIONALES			
X	Curso básico en PRL.	X	Control de situaciones conflictivas.
X	Actuaciones en caso de emergencia.	X	Técnicas de afrontamiento del estrés laboral y burnout.
X	Seguridad vial.	X	PRL frente COVID19 para profesionales centros sanitarios SAS.
X	Prevención de riesgos biológicos.	X	Habilidades sociales y trabajo en equipo.
X	Higiene Postural.	X	Curso básico Plan de Prevención y Atención frente a Agresiones para profesionales SSPA.
X	Riesgos psicosociales.		

Cursos específicos OBLIGATORIOS según PUESTO de TRABAJO / CATEGORÍA / TAREAS			
X	Pantallas de visualización de datos.	X	Accidentes con riesgo biológico.
X	Seguridad en la oficina.	X	Protección frente al manejo de medicamentos peligrosos.
X	Manipulación manual de cargas.	X	Seguridad en el manejo de productos químicos.
X	Movilización de pacientes.		Prevención de riesgos laborales en los puestos de teletrabajo.
	Seguridad en el uso de maquinaria.		

LUGAR, FECHA Y FIRMA

En.....a..... de..... de.....

EL/LA TRABAJADOR/A

CARGO INTERMEDIO

INFORMA y/o ENTREGA la DOCUMENTACION.

Fdo..... Fdo.....



SISTEMA DE GESTIÓN PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES

C. A. T. I.

DOCUMENTO
CODDOC: DOC04-01
CODPRO: PRO-04
REVISIÓN: 6
FECHA: 20/11/2017
Página 1 de 2

Cumplimentar por Dirección Gerencia del Centro	ESTE DOCUMENTO CARECE DE VALIDEZ SI NO VA FIRMADO Y SELLADO POR LA DIRECCIÓN DEL CENTRO. D/D^a. Director Gerente de CERTIFICA a efectos de la solicitud de prestación de Incapacidad Temporal por Contingencias Profesionales, que son ciertos los datos que a continuación se consignan: En, a de de 20 REGISTRO DE SALIDA: Fdo.: Sello del Centro,
Cumplimentar por TRABAJADOR o su representante (indicar en todo caso nombre y apellidos)	Apellido 1º:..... Apellido 2º: Nombre: D. N. I.: Domicilio:..... Nº S.Social Provincia (2):..... Municipio:.....Teléfono: Nombre del centro al que pertenece:.....Servicio:..... Responsable del Centro/Servicio: Tipo de Contrato (1):.....Categoría: Turno de trabajo..... DATOS DEL ACCIDENTE - INCIDENTE Lugar: Centro Trabajo Habitual: ☐ Otro Centro: ☐ En Misión(2): ☐ In Itinere(3): ☐ Tráfico: ☐ Era su Trabajo Habitual: Sí ☐ No ☐ Posible Recaída(4) ☐ FECHA ACCIDENTE - INCIDENTE :/...../..... Hora ::..... Dirección Lugar del suceso (5):..... Otros Afectados: Sí ☐ Cuantos:..... No ☐ Testigos:..... Descripción del Accidente/Incidente: (Descripción detallada de lo ocurrido) (6) Lugar concreto del suceso (7):.....Acción que realizaba (8):..... Objeto / agente material causante del suceso (9): Declaro la veracidad de todos los datos aportados, En, a de de 20 Fdo.:
Cumplimentar por DIRECTOR DE UGC/MANDO INTERMEDIO	Apellidos.....Nombre..... Categoría.....Teléfono..... Puedo corroborar que los hechos que declara el trabajador son ciertos en cuanto a: - La descripción de lo ocurrido: Sí ☐ No ☐ - La hora en que se produjo: Sí ☐ No ☐ - El lugar en que se produjo: Sí ☐ No ☐ Observaciones: Indique porqué no puede corroborar alguno o todos los aspectos anteriores:..... Declaro la veracidad de todos los datos aportados, En, a de de 20 Fdo.:



SISTEMA DE GESTIÓN PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES

C. A. T. I.

Cumplimentar por ASISTENCIA SANITARIA	Datos del Personal que efectúa la 1ª Asistencia Apellidos..... Nombre..... Categoría..... UGC/Servicio..... Fecha Asistencia..... Código de lesión ⁽¹⁰⁾ Código Parte del cuerpo afectada ⁽¹⁰⁾ Atendido en: CONSULTA ☐ URGENCIAS ☐ HOSPITALIZADO ☐ Grado de la lesión : Leve: ☐ Grave: ☐ Muy Grave: ☐ Fallecimiento: ☐ En.....a.....de.....de 20..... Fdo.:.....
	Médico de Familia⁽¹¹⁾: D/D.ª Fecha Consulta..... Código de lesión..... Código Parte del cuerpo afectada..... Tipo Accidente: Accidente SIN BAJA ☐ Accidente CON BAJA ☐ RECAÍDA ☐ Grado Lesión: Leve: ☐ Grave: ☐ Muy Grave: ☐ Fallecimiento: ☐ En.....a.....de.....de 20..... Fdo.:.....

LEYENDA:

(1) **Tipo de Contrato:** EV (eventual), IN (interino), FI (Fijo).

(2) **En Misión:** Viajes de servicio ordenados por la Empresa.

(3) **In Itinere:** Al ir o al volver del lugar de trabajo.

(4) **Posible Recaída:** Se marcará cuando el accidente no sea un accidente nuevo si no que pudiera interpretarse que es una recaída de un accidente anterior.

(5) **Dirección Lugar del suceso:** Calle, centro de trabajo, servicio, etc... donde se produjo el accidente o incidente. Si es carretera, indicar número y Km.

(6) **Descripción del Accidente /Incidente:** Realizar una descripción detallada de lo ocurrido, los detalles son fundamentales para la certificación del accidente o para la posterior investigación del incidente.

(7) **Lugar concreto del suceso:** Deberá indicar si era en la consulta, nº de habitación, pasillo, aseo, etc donde se produjo el accidente o incidente.

(8) **Acción que realizaba:** Deberá indicar la tarea que realizaba en ese momento, caminar, extraer una vía, pasar un bisturí, aseo de un paciente, etc, cuando se produjo el accidente o incidente.

(9) **Objeto / agente material causante del suceso:** Si el accidente o incidente fue producido por algún objeto o contacto, mesa, aguja, salpicadura de sangre, vehículo, etc

(10) **Codificar al cuadro que se adjunta.**

(11) **Médico de Familia:** En caso de efectuar además de la determinación de contingencia, la 1ª asistencia, deberá cumplimentar los dos apartados ASISTENCIA SANITARIA y MEDICO DE FAMILIA.