

**ACTUACIONES RESUMIDAS TRAS
INDICENTE / ACCIDENTE DE TRABAJO
EN COMPLEJO HUV.**

28/05/2024

El Procedimiento 4 del Sistema de Gestión de Prevención de Riesgos Laborales del SAS, establece las pautas de actuación en caso de Incidente / Accidente de trabajo.

Con el objetivo de establecer e implementar una buena gestión de los accidentes de trabajo e incidentes en el Complejo HUVV, se realiza este documento "Actuaciones resumidas tras Incidente / accidente de trabajo en cualquiera de los centros del Complejo HUVV", donde se recogen las instrucciones o pasos que a continuación se detallarán.

Estas instrucciones y pasos se aplican también a los Accidentes de Riesgo Biológico (ARB), en el caso de los ARB, se realizarán también además las actuaciones recogidas en el documento. "Actuaciones resumidas tras accidente Biológico", publicado también en la web del HUVV.

Cualquier suceso que se produzca (incidente / accidente), deberá ser comunicado inmediatamente al Cargo Intermedio, éste lo cursará a la Dirección Gerencia del centro (enviándolo a la UPRL – Área Técnica), quien tendrá la competencia de certificación del accidente de trabajo si procede.

PASO 1

El Profesional comunica de inmediato al Cargo Intermedio lo ocurrido el mismo día y turno en que se produce el suceso. Acude a Urgencias para 1ª asistencia. El Profesional y el Médico de Urgencias cumplimentan y firma su apartado en el CATI. Véase las imágenes.

SISTEMA DE GESTIÓN PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES

DOCUMENTO CODDOC: D0C04-01
CODPRO: PRO-04
REVISIÓN: 8
FECHA: 14/06/2023
Página 1 de 2

Junta de Andalucía
Consejería de Salud y Consumo
Servicio Andaluz de Salud

C. A. T. I.

ESTE DOCUMENTO CARECE DE VALIDEZ SI NO VA FIRMADO Y SELLADO POR LA DIRECCIÓN DEL CENTRO.
D/D: 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:

Complimentar por Dirección Gerencia del Centro

Complimentar 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): Tránsito:
Era su Trabajo Habitual: Sí No Posible Recaída(4):
FECHA ACCIDENTE – INCIDENTE: Hora:
Dirección Lugar del suceso(5):
Otros Afectados: Sí Cuantos: No Testigos:

RELLENAR POR PROFESIONAL

Lugar concreto del suceso(6): 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.:

Complimentar por DIRECTOR DE UCI/MANDO INTERMEDIO

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

DOCUMENTO CODDOC: D0C04-01
CODPRO: PRO-04
REVISIÓN: 8
FECHA: 14/06/2023
Página 2 de 2

Junta de Andalucía
Consejería de Salud y Consumo
Servicio Andaluz de Salud

C. A. T. I.

Datos del Trabajador:
Apellido 1º: Apellido 2º: Nombre:

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
En a de de 20.....
Fdo.:

RELLENA POR MEDICO URGENCIAS 1ª ASISTENCIA

Médico de Familia(11): D/D *

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.:

(*) Ante discrepancias en el apartado "Grado de Lesión", prevalecerá el criterio del Médico de Familia.

LEYENDA:
(1) Tipo de Contrato: EV (eventual), IN (interno), 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, aseó, 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, aseó 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.

**ACTUACIONES RESUMIDAS TRAS
INDICENTE / ACCIDENTE DE TRABAJO
EN COMPLEJO HUV.**

PASO 2

El Profesional hace entrega del CATI y toda la documentación que proceda siguiendo lo especificado en el Apdo. 2.2 del Procedimiento 4 a su Cargo Intermedio. El Cargo Intermedio cumplimenta su apartado en el CATI, corroborando o no la descripción, hora y lugar que el profesional ha reflejado previamente. Remite el CATI firmado y, como anexo al mismo, copia del parte de asistencia sanitaria eliminando cualquier dato de carácter confidencial, a la Unidad Prevención, para que la Dirección Gerencia valore y certifique el Accidente de Trabajo, si procede.

En caso de Accidente in itinere cumplimentará además DOC 04-02 “Declaración del trabajador sobre accidente <in-itinere>” y acompañará con toda la documentación que proceda.

| SISTEMA DE GESTIÓN PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES | |
|---|--|
|  Junta de Andalucía Consejería de Salud y Consumo Servicio Andaluz de Salud | <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> C. A. T. I. </div> |
| | DOCUMENTO CODDOC: DOC04-01 CODPRO: PRO-04 REVISIÓN: 8 FECHA: 14/06/2023 Página 1 de 2 |
| Cumplimentar por Dirección Gerencia del Centro | <p style="color: red; text-align: center;">ESTE DOCUMENTO CARECE DE VALIDEZ SI NO VA FIRMADO Y SELLADO POR LA DIRECCIÓN DEL CENTRO.</p> 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 1 ^o : Apellido 2 ^o : 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: <input type="checkbox"/> Otro Centro: <input type="checkbox"/> En Misión(2): <input type="checkbox"/> In Itinere(3): <input type="checkbox"/> Tráfico: <input type="checkbox"/> Era su Trabajo Habitual: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Posible Recaída(4) <input type="checkbox"/> FECHA ACCIDENTE – INCIDENTE:/...../..... Hora::..... Dirección Lugar del suceso (6): Otros Afectados: Sí <input type="checkbox"/> Cuantos: No <input type="checkbox"/> Testigos: Descripción del Accidente/Incidente: (Descripción detallada de lo ocurrido) (5) 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..... |
| Cumplimentar por DIRECTOR DE UGC/IMANDO INTERMEDIO | Fdo.: Apellidos: Nombre: Categoría: Teléfono: Puedo corroborar que los hechos que declara el trabajador son ciertos en cuanto a: - La descripción de lo ocurrido: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> - La hora en que se produjo: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> - El lugar en que se produjo: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Observaciones: Indique porqué no puede corroborar alguno o todos los aspectos anteriores: Decla RELLENAR POR CARGO INTERMEDIO de 20..... Fdo.: |

PASO 3

El Cargo Intermedio ofrecerá al Profesional, en caso de Accidente in itinere, cumplimentar además del CATI el DOC 04-02 "Declaración del trabajador sobre accidente <in-itinere>" y se deberá aportar la documentación que proceda en su caso e indicada en el DOC 14-02.

Es imprescindible aportar toda la documentación posible para la certificación del suceso como accidente de trabajo. Teniendo en cuenta en el caso de testigos no hacer constar información sobre terceros sin su consentimiento.

SISTEMA DE GESTIÓN PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES

DECLARACIÓN DEL TRABAJADOR SOBRE ACCIDENTE "IN ITINERE"

DOCUMENTO
CODDOC: DOC04-02
CODPRO: PRO-04
REVISIÓN: 3
FECHA: 22/05/2013
Página 1 de 1

En el accidente in itinere no existe presunción de laboralidad del accidente, en los términos del art. 115.3 de la LGSS, que se refiere exclusivamente a los acaecidos en tiempo y lugar de trabajo. La presunción en el accidente in itinere se establece para la relación de causalidad con el trabajo, pero no en relación con la lesión o trauma que no es discutido. Por tanto, será el trabajador o sus familiares quienes deberán demostrar que en el accidente concurren todos los elementos que configuran el accidente in itinere.

Es por ello que rogamos nos aporte la mayor cantidad de documentación e información posible respecto a su accidente, para evaluar la correspondencia o no de calificar el suceso como accidente de trabajo, según definición en artículo 115 LGSS. Esta información necesaria ha de ser entre otra:

CASO A: Si ha ocurrido durante el traslado en vehículo. (Marque la documentación justificativa que acompaña)

Obligatorio:

- Documento 04-01. Comunicación de Accidente de Trabajo e Incidente (C.A.T.I), haciendo constar en el apartado descripción: hora, emplazamiento exacto, forma de colisión, asistencia médica, etc. del accidente.
- En caso de que hubiera, aportar parte del accidente tramitado a la compañía aseguradora. (debe figurar, fecha, hora y lugar).

Conveniente:

- Parte Atestado efectuado por Agentes de la Autoridad (si lo hubiera).
- Nombre y contacto testigos del accidente, teniendo en cuenta no hacer constar información sobre terceros sin su consentimiento.

CASO B: Si ha ocurrido caminando: (Marque la documentación justificativa que acompaña)

Obligatorio:

- Documento 04-01. Comunicación de Accidente de Trabajo e Incidente (C.A.T.I), haciendo constar en el apartado descripción la hora, emplazamiento exacto, forma en que se produce el suceso, asistencia médica del accidente.

Conveniente para apoyar el contenido del CATI aportar algún/nos documentos de esta relación no exhaustiva

- Nombre y contacto de testigos del accidente, teniendo en cuenta no hacer constar información sobre terceros sin su consentimiento.
- Fotografía/s del lugar del accidente.
- Posibles denuncias por mal estado de la Vía Pública al Titular de ésta.

En función de la documentación y testimonio aportados, se evaluará la calificación del accidente de trabajo in itinere o no.
El trabajador/a declara la veracidad de todo el material adjuntado y del testimonio aportado, y aceptando estos términos firma la presente en _____ a _____ de _____ de 20____.

Firmado:

NOMBRE Y APELLIDOS D. _____

PASO 4

DIRECCIÓN GERENCIA:

- Valora la documentación aportada y decide la Catalogación del suceso comunicado.
- Cumplimentará el apartado destinado a la certificación por parte de la Empresa, incluyendo fecha, firma, y sello.

➤ **Certificación de Accidente de Trabajo:**

Entrega al profesional (o a su representante) el CATI certificado para que realice las gestiones oportunas en la determinación de la contingencia como profesional, si la precisara.

➤ **No Certificación de accidente de trabajo:**

Se comunica por escrito al profesional la denegación justificando la falta de nexo causal con el ámbito laboral. - No se entrega copia del CATI.

| SISTEMA DE GESTIÓN PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES | |
|---|---|
|  <div style="display: inline-block; border: 1px solid black; padding: 5px; margin-left: 100px;">C. A. T. I.</div> <div style="float: right; border: 1px solid gray; padding: 2px; font-size: 8px;"> DOCUMENTO CODDOC: DOC04-01 CODPRO: PRO-04 REVISIÓN: 8 FECHA: 14/06/2023 Página 1 de 2 </div> | |
| Cumplimentar por Dirección Gerencia del Centro | <p style="color: red; font-weight: bold; font-size: 10px;">ESTE DOCUMENTO CARECE DE VALIDEZ SI NO VA FIRMADO Y SELLADO POR LA DIRECCIÓN DEL CENTRO.</p> <p>D/D^a: Director Gerente de.....</p> <p>CERTIFICA a efectos de la solicitud de prestación de Incapacidad Temporal por Contingencias Profesionales, que son ciertos los datos que a continuación se consignan:</p> <p>En a de de 20..... REGISTRO DE SALIDA:</p> <p>Fdo.: Sello del Centro</p> |
| Cumplimentar por TRABAJADOR o su representante (indicar en todo caso nombre y apellidos) | <p>Apellido 1^o: Apellido 2^o: Nombre:</p> <p>D. N. I.: Domicilio: Nº S. Social:</p> <p>Provincia (2): Municipio: Teléfono:</p> <p>Nombre del centro al que pertenece: Servicio:</p> <p>Responsable del Centro/Servicio:</p> <p>Tipo de Contrato (1): Categoría: Turno de trabajo:</p> <p>DATOS DEL ACCIDENTE - INCIDENTE</p> <p>Lugar: Centro Trabajo Habitual: <input type="checkbox"/> Otro Centro: <input type="checkbox"/> En Misión(2): <input type="checkbox"/> In Itinere(3): <input type="checkbox"/> Tráfico: <input type="checkbox"/></p> <p>Era su Trabajo Habitual: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Posible Reaída(4) <input type="checkbox"/></p> <p>FECHA ACCIDENTE - INCIDENTE:/...../..... Hora:</p> <p>Dirección Lugar del suceso (6):</p> <p>Otros Afectados: Sí <input type="checkbox"/> Cuantos: No <input type="checkbox"/> Testigos:</p> <p>Descripción del Accidente/Incidente: (Descripción detallada de lo ocurrido) (5)</p> <p>.....</p> <p>Lugar concreto del suceso (7): Acción que realizaba (8):</p> <p>Objeto / agente material causante del suceso (9):</p> <p>Declaro la veracidad de todos los datos aportados, en a de de 20.....</p> <p>Fdo.:</p> |
| Cumplimentar por DIRECTOR DE UGC/COMANDO INTERMEDIO | <p>Apellidos: Nombre: Categoría: Teléfono:</p> <p>Puedo corroborar que los hechos que declara el trabajador son ciertos en cuanto a:</p> <p>- La descripción de lo ocurrido: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>- La hora en que se produjo: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>- El lugar en que se produjo: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Observaciones: Indique porqué no puede corroborar alguno o todos los aspectos anteriores:</p> <p>Declaro la veracidad de todos los datos aportados, en a de de 20.....</p> <p>Fdo.:</p> |

**ACTUACIONES RESUMIDAS TRAS
INDICENTE / ACCIDENTE DE TRABAJO
EN COMPLEJO HUV.**

PASO 5

Tras la Certificación Accidente de Trabajo por parte de la Dirección Gerencia, con firma y sello de la empresa, se inicia simultáneamente inicio a la investigación de suceso: accidente / incidente de trabajo.

En caso de Incapacidad Temporal por Contingencias profesionales, a través de la UPRL se le hace entrega al profesional del CATI (cumplimentado por Dirección Gerencia).

PASO 6

MEDICO DE FAMILIA:

El Profesional entregará el CATI al Médico Familia que cumplimenta y firma su apartado. SIENDO INDISPENSABLE rellenar: Fecha de consulta. Código de Lesión. Código Parte del Cuerpo Afectada. Tipo de Accidente. Grado de la Lesión. Fecha y firma.

El Médico Familia cumplimenta CATI, Partes de baja, de alta y de confirmación

SISTEMA DE GESTIÓN PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES



C. A. T. I.

DOCUMENTO
 CODDOC: DOC04-01
 CODPRO: PRO-04
 REVISIÓN: 8
 FECHA: 14/06/2023
 Página 2 de 2

| | |
|--|--|
| Datos TRABAJADOR | Datos del Trabajador: Apellido 1º: Apellido 2º: Nombre: |
| 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 <input type="checkbox"/> URGENCIAS <input type="checkbox"/> HOSPITALIZADO <input type="checkbox"/> Grado Lesión: (*) Leve: <input type="checkbox"/> Grave: <input type="checkbox"/> Muy Grave: <input type="checkbox"/> Fallecimiento: <input type="checkbox"/> En: a de de 20 |
| Cumplimentar por MEDICO FAMILIA | Fdo.: Médico de Familia ⁽¹¹⁾ : D/D.ª Fecha Consulta: Código de lesión: Código Parte del cuerpo afectada: Tipo Accidente: Accidente SIN BAJA <input type="checkbox"/> Accidente CON BAJA <input type="checkbox"/> RECAÍDA <input type="checkbox"/> Grado Lesión: Leve: <input type="checkbox"/> Grave: <input type="checkbox"/> Muy Grave: <input type="checkbox"/> Fallecimiento: <input type="checkbox"/> En: a de de 20 Fdo.: |

(*) Ante discrepancias en el apartado "Grado de Lesión", prevalecerá el criterio del Médico de Familia.

LEYENDA:

- (1) Tipo de Contrato: EV (eventual), IN (interino), FI (Fijo).
- (2) En Misión: Viajes de servicio ordenados por la Empresa.
- (3) In Itiner: Al ir o al volver del lugar de trabajo.
- (4) Posible Recaida: 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.

PASO 7

El Profesional seguidamente entregará CATI firmado por el Médico Familia en la UPRL y los partes de confirmación y de alta por contingencias profesionales en la Unidad de Personal

El profesional entregara en la Unidad de Personal, los partes de confirmación o alta.