|  |  |
| --- | --- |
| **Número del evento:** | **Fecha:** |
| **INSTRUCCIONES: Comenzando en la sección 1 abajo, responda a cada pregunta colocando una marca en la columna SÍ o NO (e incluya cualquier comentario relevante), luego siga las instrucciones que aparecen bajo cada encabezado de sección.**   * El contratista es responsable de proporcionar toda la documentación médica y del incidente necesaria para fines de clasificación de la lesión o enfermedad. * Consulte el Glosario de HSEC de Petróleo y el Procedimiento de Gestión de Casos de Lesiones y Enfermedades para las definiciones asociadas. * Antes de tomar una decisión, obtenga toda la información pertinente con respecto al evento. * Asegúrese de que el personal apropiado participe en el proceso de clasificación. * Mantenga la información médica de la Parte Lesionada / Enferma (PL/E) de manera confidencial. | |
| **Lista de verificación de la clasificación completada por:** | **Fecha:** |

|  |  |
| --- | --- |
| **NOTA** | Por favor refiérase al **Equipo de Salud e Higiene Ocupacional de PET** para la gestión de casos de enfermedad / lesión que se consideran casos de preocupación por la privacidad (incluye enfermedades mentales, reproductivas, cáncer y enfermedades del sistema inmunológico, etc.). |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. ¿Es este caso una lesión o una enfermedad? | |
| * Si se trata de una lesión, introduzca el evento como una "lesión". * Si se trata de una enfermedad, introduzca como una "enfermedad". Continúe en la sección 2. | |
| **Lesión** | **Enfermedad** |
| Una herida u otra condición del cuerpo causada por una fuerza externa, incluyendo estrés o tensión. La lesión es identificable en cuanto al tiempo y lugar de ocurrencia y al miembro o a la función del cuerpo afectado, y es causada por un evento o incidente específico o una serie de eventos o incidentes dentro de un solo día o turno de trabajo.  **Ejemplos:** Corte, fractura, quemadura, desgarres / esguinces agudos.  **Aclaraciones de lesiones:**   * Las lesiones de esguince / desgarre en los músculos, articulaciones y tejidos conectivos se clasifican como lesiones cuando resultan de un resbalón, un tropiezo, una caída o accidentes similares. * Las lesiones típicamente resultan de eventos instantáneos. * El agravamiento significativo de una condición preexistente a través de un evento instantáneo es una lesión. * Una mordedura es una lesión cuando no ha habido envenenamiento o reacción alérgica. | Daño fisiológico o pérdida de capacidad producido por una infección sistemática; estrés o tensión continuo o repetido; exposición a toxinas, venenos, humos, etc.; u otras exposiciones continuas y repetidas a las condiciones del entorno de trabajo durante un tiempo determinado.  Para propósitos prácticos, una enfermedad es cualquier condición reportada que no cumple con la definición de una lesión.  **Ejemplos:** Pérdida auditiva inducida por ruido, enfermedad o trastorno de la piel, afecciones respiratorias, estrés por calor, trastornos musculoesqueléticos crónicos. (p. ej. esguinces repetitivos – tendinitis, túnel carpiano) |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 2. ¿Está la lesión / enfermedad relacionada con el trabajo? | | | |
| * Cualquier marca en la columna SÍ significa que **NO** está relacionada con el trabajo y el resto del documento no necesita ser completado (asegúrese de que se incluyan comentarios relevantes para soporte). * Si está relacionada con el trabajo - continúe en la sección 3. | | | |
| Pregunta | Sí | No | Comentarios |
| En el momento de la lesión / enfermedad, ¿estaba la persona presente en el ambiente de trabajo como miembro del público en general y no como empleado / contratista? |  |  |  |
| ¿Aparecieron signos o síntomas en el trabajo pero resultaron únicamente de un evento no relacionado con el trabajo o de una exposición que ocurrió fuera del ambiente de trabajo? |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 2. Cont. ¿Está la lesión / enfermedad relacionada con el trabajo? | | | |
| Pregunta | Sí | No | Comentarios |
| ¿La lesión / enfermedad resultó solamente de la actividad en proyectos comunitarios voluntarios o cívicos lejos del ambiente de trabajo? |  |  |  |
| ¿La lesión / enfermedad resultó solamente de la participación voluntaria en un programa de bienestar o en una actividad médica, de acondicionamiento físico o recreativa? |  |  |  |
| ¿La lesión / enfermedad fue el resultado exclusivo de una persona que comía, bebía o preparaba comida o bebida para consumo personal? |  |  |  |
| ¿La lesión / enfermedad fue el resultado exclusivo de una persona que realizaba tareas personales fuera de las horas de trabajo asignadas? |  |  |  |
| ¿La lesión / enfermedad resultó del aseo personal, de la automedicación para una condición no relacionada con el trabajo, o fue intencionalmente autoinfligida? |  |  |  |
| ¿Fue la lesión / enfermedad causada por un accidente automovilístico ocurrido en el estacionamiento de la compañía o en la carretera de acceso de la compañía mientras la persona viajaba hacia o desde el trabajo? |  |  |  |
| ¿Es la enfermedad el resfriado común o la gripe? |  |  |  |
| ¿Es la enfermedad una enfermedad mental que no está acompañada de evidencia médica que indique que está relacionada con el trabajo? (NOTA: Estos casos deben manejarse con extrema confidencialidad.) |  |  |  |
| ¿La lesión / enfermedad ocurrió mientras la persona se encontraba en situación de viaje, viajando entre su residencia fija o temporal (hogar lejos del hogar) y su lugar de trabajo fijo o temporal en un medio de transporte proporcionado por la compañía, un medio de transporte público o un medio de transporte personal? |  |  |  |
| ¿La lesión / enfermedad ocurrió mientras la persona estaba viajando para la compañía y no estaba involucrada en actividades de trabajo? *(p. ej., turismo)* |  |  |  |
| ¿La lesión / enfermedad ocurrió mientras la persona trabajaba desde una oficina en casa y mientras realizaba tareas que no estaban relacionadas con su trabajo? (p. ej., tareas domésticas) |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 3. ¿Es la lesión o la enfermedad un nuevo caso? | | | |
| * Cualquier marca en la columna **SÍ** significa que se trata de un nuevo caso – continúe en la sección 4. Si tenemos diferentes opiniones de dos o más profesionales de la salud, elija la más fehaciente. * Si NO se trata de un nuevo caso, vuelva a abrir el evento original y actualice la gravedad según sea necesario – continúe en la sección 4. | | | |
| Pregunta | Sí | No | Comentarios |
| ¿La persona NO ha experimentado previamente una lesión / enfermedad registrada del mismo tipo que afecta a la misma parte del cuerpo? |  |  |  |
| Si la persona ha sufrido anteriormente una lesión o enfermedad registrada del mismo tipo que afectó a la misma parte del cuerpo, ¿se había recuperado completamente de la lesión o enfermedad anterior (asintomática)? |  |  |  |
| ¿La lesión / enfermedad fue precipitada por un nuevo evento o exposición en el lugar de trabajo? |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 4. ¿Se trata de un Caso de Tiempo Perdido (CTP)? | | | |
| * Cualquier marca en la columna **SÍ** significa que se trata de un CTP. Si tenemos diferentes opiniones de dos o más profesionales de la salud, elija la más fehaciente (p. ej., Especialista en Salud Ocupacional versus Médico General). * Si no se trata de un CTP – continúe en la sección 5. | | | |
| Pregunta | Sí | No | Comentarios |
| ¿Fue la persona incapaz de asistir al trabajo más allá del día o turno en que ocurrió la lesión / enfermedad, independientemente de su siguiente turno de trabajo? |  |  |  |
| ¿El médico u otro profesional de la salud con licencia le recomendó días de descanso, pero la persona vino a trabajar de todos modos? |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 5. ¿Se trata de un Caso de Trabajo Restringido (CTR)? | | | |
| * Cualquier marca en la columna **SÍ** significa que se trata de un CTR. Si tenemos diferentes opiniones de dos o más profesionales de la salud, elija la más fehaciente (Nota: Las funciones de rutina son aquellas actividades de trabajo que la persona realiza regularmente al menos una vez por semana) * Si no se trata de un CTR – continúe en la sección 6. | | | |
| Pregunta | Sí | No | Comentarios |
| ¿El empleador impidió al trabajador desempeñar una o más de las funciones de rutina de su trabajo o trabajar toda la jornada de trabajo que de otro modo hubiera sido programado para trabajar, o transfirió al trabajador a otro trabajo durante una parte del día (sin incluir el día de la lesión / enfermedad)? |  |  |  |
| ¿Un médico u otro profesional de la salud con licencia ha recomendado que la persona no realice una o más de sus funciones de trabajo de rutina (completado una o más veces por semana)? |  |  |  |
| ¿Se impusieron tareas cautelares a la PL/E que estaba basada en Estados Unidos? (Automáticamente registrable por OSHA para fines de mantenimiento de registros de OSHA sólo para EE.UU.) |  |  |  |
| ¿Se extendieron las tareas cautelares alternativas más allá de 96 horas de calendario? (No se aplica a EE.UU.) |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 6. ¿Se trata de un Caso de Tratamiento Médico (CTM)? | | | |
| * Cualquier marca en la columna **SÍ** significa que se trata de un CTM. * Si no se trata de un CTM, verifique si cumple con la definición de un Caso de Primeros Auxilios (CPA) – continúe en la sección 7. | | | |
| Pregunta | Sí | No | Comentarios |
| ¿Se sometió la persona a procedimientos que NO eran de naturaleza diagnóstica? El diagnóstico incluye rayos X, análisis de sangre, el uso de medicamentos recetados utilizados únicamente para fines de diagnóstico. *(Consulte con el Director Médico PET OHH / PET si surgen preguntas)* |  |  |  |
| ¿Un médico o profesional de la salud con licencia ha emitido o utilizado un medicamento recetado o un medicamento no recetado con una concentración de medicamento recetado? |  |  |  |
| ¿La persona recibió tratamiento de fisioterapia (es decir, tratamiento de un fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, quiropráctico, etc.) después de una derivación del profesional de la salud con licencia donde el tratamiento excedió 96 horas calendario desde el momento de la derivación inicial? |  |  |  |
| ¿La persona recibió alguno de los siguientes tratamientos:   * Dispositivos de cierre de heridas? (p. ej. suturas, grapas o pegamento médico) * Dispositivos con soportes rígidos u otros sistemas de inmovilización? |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 6. Cont. ¿Se trata de un Caso de Tratamiento Médico (CTM)? | | | |
| Pregunta | Sí | No | Comentarios |
| ¿La lesión / enfermedad fue significativa? (p.ej. fractura de los huesos, perforación del tímpano) |  |  |  |
| ¿La persona recibió alguno de los siguientes tratamientos:   * Inmunizaciones después de una lesión / enfermedad? (p. ej. Hepatitis B o rabia) * Desbridamiento quirúrgico? * Administración intravenosa de glucosa / solución salina / otros líquidos? * Oxígeno para tratar con éxito una lesión / enfermedad relacionada con el trabajo? (p. ej. choque, enfermedad de descompresión, exposición a sustancias tóxicas o atmósferas deficientes en oxígeno) |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 7. ¿Se trata de un Caso de Primeros Auxilios? | | | |
| * Cualquier marca en la columna **SÍ** significa que se trata de un Caso de Primeros Auxilios. | | | |
| Pregunta | Sí | No | Comentarios |
| Si se aplicaron tareas cautelares restringidas, ¿se reevaluó a la PL/E después de 48 horas y / o al final del período de tareas cautelares y volvió a las funciones de trabajo de rutina dentro de las 96 horas siguientes a la lesión / enfermedad? |  |  |  |
| ¿La persona recibió tratamiento de fisioterapia *(es decir, tratamiento de un fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, quiropráctico, etc.)* después de una derivación del profesional de la salud con licencia donde el tratamiento no excede 96 horas desde el momento de la derivación inicial? |  |  |  |
| ¿La persona visitó a un médico o profesional de la salud con licencia únicamente para observación o asesoramiento? |  |  |  |
| ¿La persona recibió alguno de los siguientes tratamientos:   * Medicamento no recetado con una concentración de medicamento no recetado? * Vacuna antitetánica? * Limpieza, enjuague o remojo de heridas en la superficie de la piel? * Dispositivos para la cobertura de heridas  (p.ej. almohadillas de gasa, vendajes de mariposa, vendajes líquidos "Band-Aid", cinta quirúrgica "Steri-Strip")? * Terapia caliente o fría? * Medios de soporte no rígidos (p. ej. vendajes elásticos, envolturas, cinturones para la espalda no rígidos)? * Uso de dispositivos de inmovilización temporal al transportar a una víctima de un accidente? * Perforación de una uña de la mano o del pie para aliviar la presión o drenar una ampolla? * Protector ocular o protector de dedos? * Extracción de cuerpos extraños del ojo usando solamente el riego o un bastoncillo de algodón? * Extracción de astillas / cuerpos extraños de áreas no oculares por medios simples? (p. ej. riego, bastoncillos de algodón, pinzas) * Masaje? * Tomar líquidos para el alivio del estrés por calor? * Oxígeno administrado con precaución, y no requerido para tratar con éxito la lesión / enfermedad? (p. ej. estrés térmico o para prevenir el inicio del mal de altura o como parte de la descompresión rutinaria en operaciones de buceo) |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **CONFIDENCIALIDAD** | * Al ingresar datos en el **Sistema de Informes de Eventos (Gestión del Trabajo 1SAP),** los detalles pertinentes deben ser registrados al nivel más alto posible. * Es crítico que no haya información médica (u otra) que pudiera identificar a la PL/E introducida en el sistema para enfermedades / lesiones no relacionadas con el trabajo. * Para obtener ayuda con la documentación de la información médica, póngase en contacto con un Especialista en Salud e Higiene Ocupacional de Petróleo. |

|  |
| --- |
| Notas adicionales |
|  |

|  |
| --- |
| **Clasificación de Lesiones / Enfermedades Registrables** |
| *Todo formulario debe adjuntarse al evento en 1SAP y enviarse a:*  [Houston Health Services - HealthServices.BHPHOU@bhpbilliton.com](mailto:HealthServices.BHPHOU@bhpbilliton.com)  *Cuando sea difícil determinar una clasificación exacta, solicite asesoramiento al equipo de Salud e Higiene Ocupacional de Petróleo. Cuando la clasificación siga siendo difícil de determinar, consulte al Equipo de Liderazgo de HSE de Petróleo para la determinación final a través del Gerente de Informes de HSE de Petróleo.* |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Detalles de la lesión | |  | | | |
| Fecha del evento: | | | Fecha del informe: | | |
| Nº de notificación 1SAP: | | | Ubicación: Elija un elemento. | | |
| Evaluación inicial de la lesión / enfermedad: Elija un elemento. | | | | | |
| Breve resumen del evento: | | | | | |
| **Aprobación: Gerente de HSE Local** | | | | | |
| Aprobado  Rechazado | Nombre: | | | Firma: | Fecha: |
| Comentarios: | | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Evaluación de clasificación enmendada | | | | |
| Esta sección se completa en caso de que se cambie la clasificación inicial.  Si se produce más de un cambio, se deben añadir otras secciones a este formulario. | | | | |
| Evaluación de la lesión / enfermedad modificada: | | Elija un elemento. | | |
| Motivo de la enmienda: | |  | | |
| **Aprobación: Gerente de Informes de HSE de Petróleo** | | | | | |
| Aprobado  Rechazado | | Nombre: | | Firma: | Fecha: |