|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **CARACTERIZACIÓN DEL RIESGO DE EXPOSICIÓN E IDENTIFICACION DE TRABAJADORES EXPUESTOS A FIEBRE Q** | | | | | | |
| **EMPRESA** | <NOMBRE Y RUT DE LA ORGANIZACIÓN | | **BP EMPRESA** | | <INGRESAR BP> | |
| **DIRECCIÓN** | <DIRECCIÓN, NUMERAL>  <COMUNA - CIUDAD>  <REGION> | | **FECHA** | | <INDICAR FECHA> | |
| **OBJETIVO ACTIVIDAD** | Identificación de actividades con riesgo de exposición ocupacional a *Coxiella burnetii*, agente etiológico Fiebre Q. | | | | | |
| **PARTICIPANTES** | <INDICAR PARTICIPANTES EN REUNIÓN Y/O A QUIEN SE ENTREGA LA DOCUMENTACIÓN> | | | | | |
| **IDENTIFICACION DE ACTIVIDADES CON RIESGO DE EXPOSICIÓN A *Coxiella burnetii***  De acuerdo a lo señalado en el numeral V de la Resolución Exenta N° 409 del 9 de marzo de 2018, para efectos del protocolo de vigilancia de trabajadores expuestos a *Coxiella burnetii*, se entenderá como trabajador/a expuesto/a aquel trabajador/a que se desempeñe en una empresa del rubro pecuario, que desarrolle actividades con riesgo de estar en contacto con fluidos orgánicos de animales infectados.  En consideración a lo expuesto, le solicitamos indicar a través de la marcación con una letra “X” en el casillero correspondiente, si sus trabajadores realizan alguna de la tareas señaladas a continuación:   |  |  | | --- | --- | |  | Asistencia del parto. | |  | Atención de las crías. | |  | Manejo de residuos orgánicos del parto. | |  | Procedimiento de toma de muestras biológicas. | |  | Realización de tratamientos preventivos de enfermedades infecciosas. | |  | Cuidado de animales enfermos. | |  | Tareas de ordeña. | |  | Limpieza de animales. | |  | Manejo de excretas. | |  | Limpieza de instalaciones. | |  | Manejo de leche de descarte. | |  | Arreo y alimentación de ganado. | |  | Amputación de cornamenta. | |  | Ninguna de las tareas realizadas expone a fluidos orgánicos de animales infectados. |   De seleccionar alguna de las tareas señaladas, corresponderá otorgar las facilidades al representante del OAL de la Ley 16.744, para proceder a aplicar anualmente la lista de verificación señalada en el Anexo 1 del protocolo Minsal. En caso contrario, se autoriza envío de copia de la presente a la Autoridad Sanitaria Regional. | | | | | | |
| **REPRESENTANTE LEGAL EMPRESA** | | <NOMBRE, CARGO Y RUT REPRESENTANTE LEGAL EMPRESA> | | FIRMA | |  |
| **EXPERTO ACHS** | | <NOMBRE EXPERTO ACHS QUE REALIZA ACTIVIDAD Y CORREO ELECTRONICO > | | FIRMA | |  |