|  |
| --- |
| **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 |  |