

Démarche à suivre lors d'une exposition accidentelle

- **Survenu dans un secteur non clinique** : réfère le travailleur soit au secteur clinique où est hébergé le patient source, soit à l'urgence si la patient source est inconnu
- **Survenu dans un secteur clinique** : l'infirmière-chef, AIC, coordonnatrice, professionnel désigné par l'EVAC applique les activités suivantes.

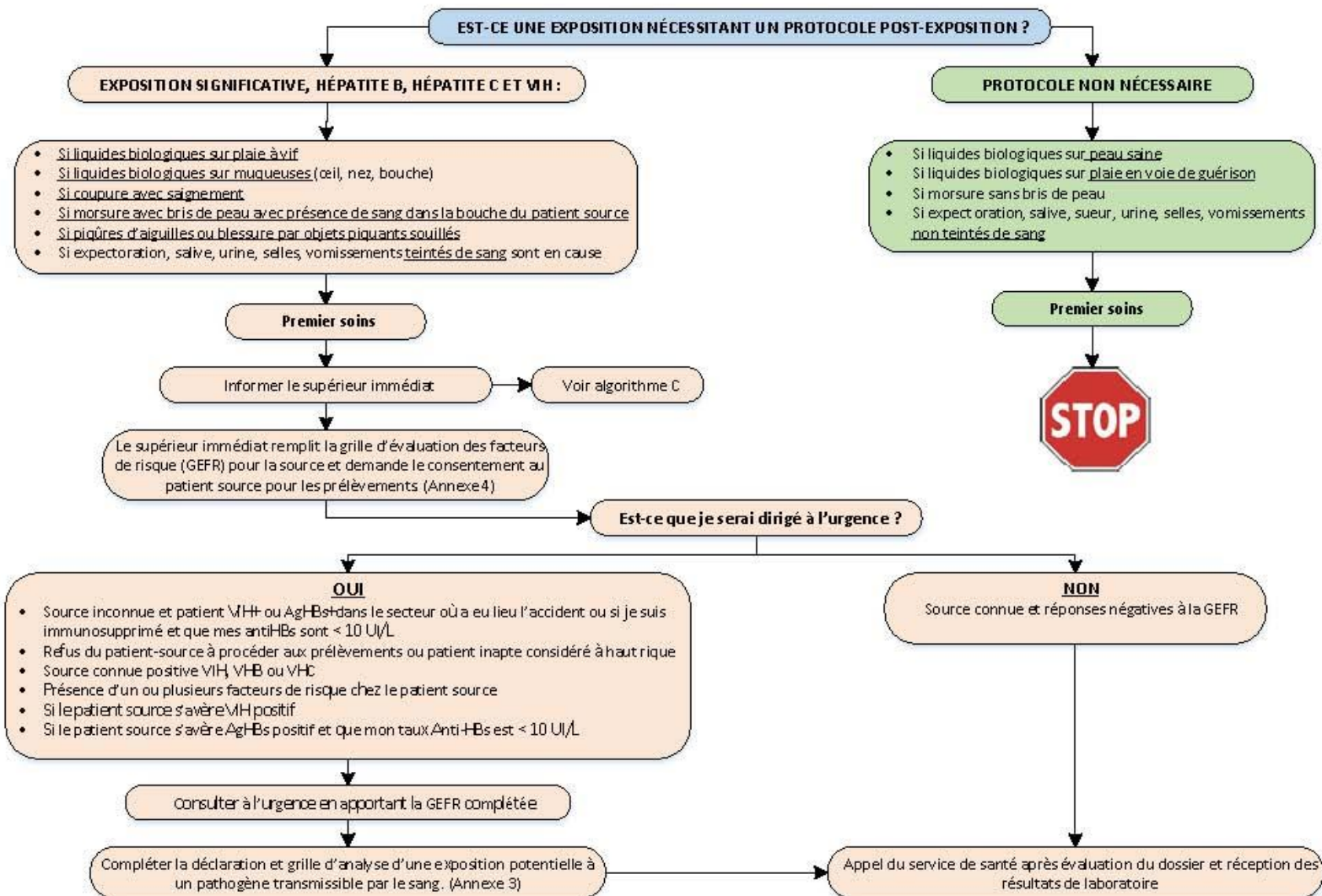
Activité	Commentaire et document	Réalisé	n/a
Évaluer la blessure et dispenser les premiers soins	Si l'exposition n'est pas significative alors fin de l'application du protocole (algorithme ci-joint)		
Informé le travailleur de la santé des risques et des modalités du protocole	Dépliant d'informations à transmettre au travailleur de la santé accidenté (annexe 2)		
Prélever le travailleur de la santé après avoir obtenu son consentement verbal	Si consentement obtenu, compléter la requête de laboratoire et apposer des étiquettes numérotées (GRM 670978) sur la requête et sur les tubes (annexe 8)		
Remettre les formulaires afin que le travailleur de la santé complète sa partie	Formulaire «Déclaration et grille d'analyse d'une exposition à un pathogène» (annexe 3) Formulaire «Grille d'analyse des facteurs de risques» (annexe 4 – partie A)		
Identifier le patient source et s'il y a lieu l'informer de l'exposition accidentelle	Dépliant d'informations à transmettre au patient-source (annexe 5)		
Évaluer les facteurs de risques	Compléter la grille d'évaluation des facteurs de risques (annexe 4)		
Prélever le patient source après avoir obtenu son consentement verbal ou consentement anticipé	Si patient refuse ou est inapte à consentir ou encore il est âgé de moins de 14 ans, impossibilité d'obtenir son consentement : aviser le médecin traitant qui vous soutiendra dans l'évaluation des risques. Si consentement obtenu, inscrire note au dossier, prélever le patient source, compléter la requête d'analyse de laboratoire et apposer des étiquettes numérotées (GRM 670978) sur la requête et sur les tubes (annexe 8)		

<p>Référer STAT (sans délai) le travailleur de la santé à l'urgence</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Référer aux consignes inscrites dans la «Grille d'évaluation des facteurs de risques» • Aviser l'urgence lorsqu'un travailleur est référé STAT 		
<p>Référer dès que possible le travailleur de la santé à l'urgence</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Si source inconnue et absence de patient VIH+ ou en investigation ou de patient connu AgHBs+ ET travailleur non vacciné ou connu non répondeur au vaccin pour le VHB ou immunosupprimé ET anti HBs < 10 UI/L • Si morsure avec bris cutané • Si support médical nécessaire • Si la source s'avère positive pour VHC ou AgHBs 		
<p>Transmettre au SSSQVT les formulaires</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Déclaration et grille d'analyse d'une exposition à un pathogène • Grille d'évaluation des facteurs de risques <p>Téléphone : 418-525-4444 poste 52377 Télécopieur : 418-525-4152 HSFA, 10 rue de l'Espinay, bureau B0-522, Québec, G1L 3L5</p>		
<p>Informez le travailleur de la santé que le suivi de son dossier sera assuré par l'infirmière du SSSQVT</p>			

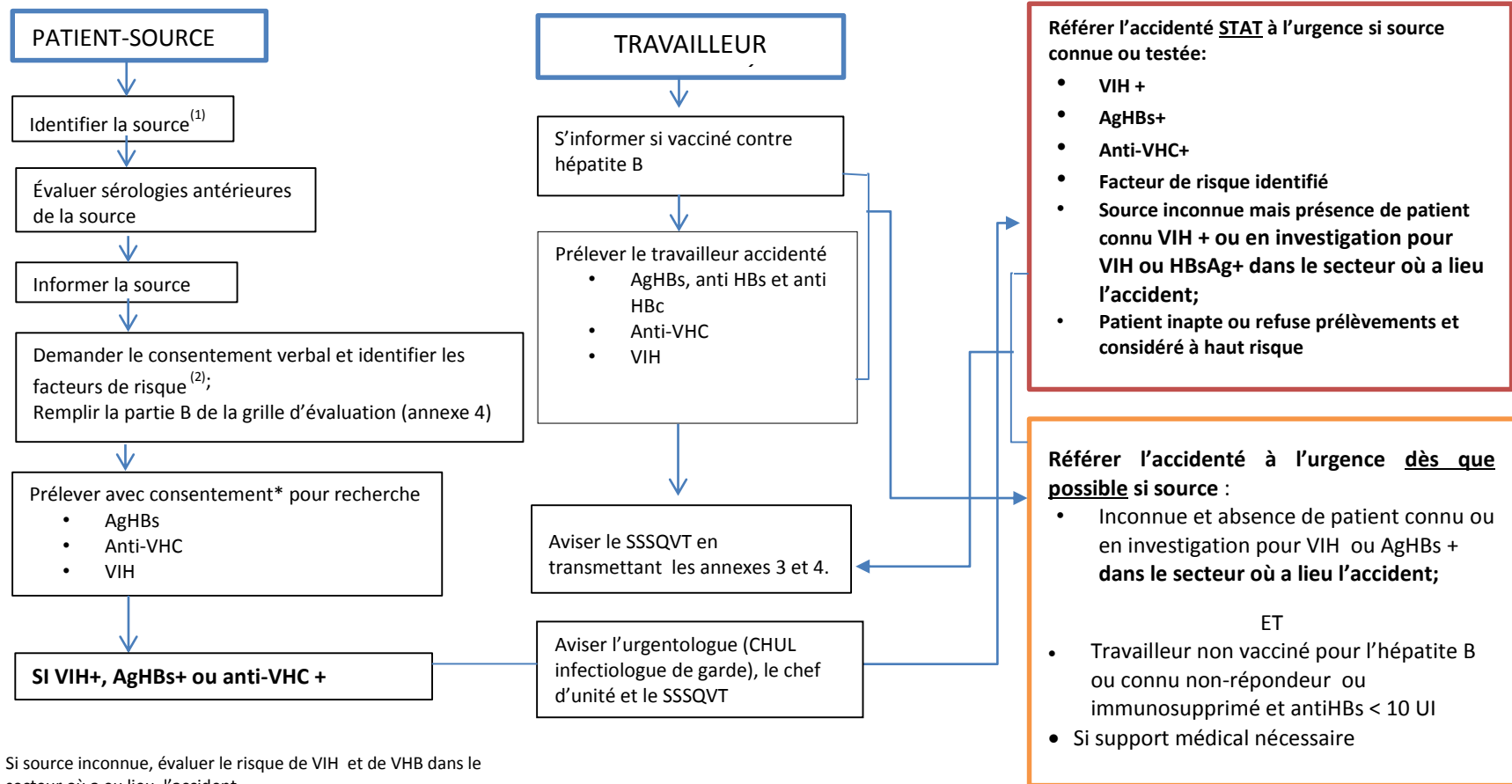
B. ALGORITHME POST-EXPOSITION AU SANG OU À D'AUTRES LIQUIDES BIOLOGIQUES

ALGORITHME

Post-exposition professionnelle au sang ou à d'autres liquides biologiques à risque de transmission du VIH, VHB, VHC
À l'intention du travailleur accidenté



C. ALGORITHME SUR LA DÉMARCHE IMMÉDIATE (EN ≤ 2 HEURES) POST EXPOSITION ACCIDENTELLE AU SANG ET/OU AUX LIQUIDES BIOLOGIQUES À L'INTENTION DU SUPÉRIEUR IMMÉDIAT



- (1) Si source inconnue, évaluer le risque de VIH et de VHB dans le secteur où a eu lieu l'accident
- (2) Source à haut risque:
- Source présentant ≥ 1 **facteur de risque (voir 4.3)**
 - Source inconnue si VIH+, en investigation pour VIH ou AgHBs + dans le secteur où a eu lieu l'accident
 - A fait usage de cocaïne intranasale avec partage de matériel

- * - Le consentement aux prélèvements peut être exprimé par anticipation en cas d'inaptitude temporaire (consentement pré-opérateur).
- En cas d'inaptitude et chez l'enfant de moins de 14 ans, le détenteur du consentement substitué est tenu d'agir dans le seul intérêt de la personne concernée. Ainsi, aucun prélèvement ne peut être réalisé à moins que la condition médicale du patient le justifie (la simple présence de facteurs de risque n'est pas une indication).
- Ainsi, si patient inapte ou refuse les prélèvements, référer au médecin traitant afin de solliciter sa collaboration pour compléter la GEFR au meilleur de sa connaissance des facteurs de risque du patient-source et évaluer si la condition clinique du patient justifie les tests.

ANNEXE 2 Dépliant d'information à transmettre au travailleur de la santé accidenté

Vous avez subi une exposition professionnelle au sang et/ou aux liquides organiques d'un patient. Dans ces circonstances, il existe un risque de transmission du virus de l'hépatite B (VHB), de celui de l'hépatite C (VHC), ou du virus d'immunodéficience humaine (VIH).

Ai-je un risque d'être infecté suite à cet accident ?

Ce risque varie d'un virus à l'autre et peut être grandement diminué par certaines interventions. En cas d'exposition percutanée sans port de gants, le niveau de risque se situe autour de 0.3% si la source est positive pour le VIH, de 0.5% si elle l'est pour le VHC, et de 1 à 31% si elle l'est pour le VHB. Dans les cas d'une exposition muco-cutanée, le risque est environ 10 fois moins élevé. De façon générale, le risque est proportionnel à la profondeur de la blessure, à la présence de sang visible sur l'instrument impliqué dans l'accident ou encore à la concentration de virus dans le sang de la personne source.

Votre risque de contracter l'hépatite B est nul si vous êtes vacciné et avez développé un taux significatif d'anticorps. Dans ce cas, cette protection demeure efficace de façon prolongée, et ce, même si le taux d'anticorps diminue sous le seuil de détection, car la mémoire immunitaire persiste toute la vie.

Que peut-on faire pour diminuer ce risque ?

Le risque de contamination est grandement diminué s'il y a application des mesures de prévention appropriées.

Hépatite B (VHB): Si la source est positive et que vous n'êtes pas protégé contre ce virus, l'administration concomitante de gammaglobulines hyper-immunes (HBIG) et d'une première dose de vaccin est d'une efficacité de plus de 95%.

Hépatite C (VHC): Il n'y a pas de prévention post-exposition efficace contre le VHC. Un suivi est cependant requis si jamais la source s'avérait positive pour ce virus, afin d'offrir un traitement si nécessaire.

VIH: Une combinaison de médicaments contre ce virus peut être donnée selon l'évaluation faite. Si indiqué, il est important de débiter ce traitement rapidement après l'exposition (moins de 2 heures), et son efficacité est alors au-delà de 80%.

Que doit-on faire à cette étape-ci ?

- Évaluer le risque de transmission relié au type d'accident en complétant la partie A de la grille d'évaluation des facteurs de risque
- Évaluer le risque d'infection de la personne source: votre supérieur immédiat ou son représentant rencontrera la personne source, afin d'obtenir son consentement pour les prélèvements nécessaires à l'analyse sérologique quant aux VIH, VHB et VHC et complètera également un questionnaire nous permettant d'évaluer le risque qu'elle soit infectée par l'un ou l'autre de ces virus.

Dois-je également avoir des prélèvements ?

Oui. Un prélèvement sera fait pour vérifier votre statut à l'égard du VIH et du VHC, de même que pour le VHB si votre statut immunitaire est inconnu. De plus, un tube de sérum sera conservé dans la sérothèque du laboratoire de microbiologie, au cas où il serait éventuellement nécessaire de tester des virus encore inconnus.

Comment se déroule le protocole par la suite ?

Si la personne source accepte les prélèvements, ceux-ci sont envoyés immédiatement au laboratoire. Les analyses sont faites en moins de 24 heures.

Si des facteurs laissant soupçonner que la personne source puisse être à risque pour un de ces virus ou que ses prélèvements s'avèrent positifs, vous serez référé à l'urgence pour l'application de la suite du protocole.

Si la source est inconnue, vous serez référé à l'urgence (ou au microbiologiste-infectiologue de garde au CHUL) pour l'application de la suite du protocole si présence d'un patient porteur du VIH ou de l'hépatite B dans le secteur où a eu lieu l'accident ou encore si vous n'êtes pas vacciné pour l'hépatite B, que vous n'avez pas répondu au vaccin ou que vous êtes immunosupprimé.

Si la sérologie du patient-source est négative pour le VHB, le VHC et le VIH et que celui-ci ne présente aucun facteur de risque à l'égard de l'un ou l'autre des virus, le Service de santé-sécurité et de qualité de vie au travail (SSSQVT) vous contactera pendant les heures ouvrables pour vous informer et conclure le dossier.


Prévention pour votre entourage

Il est essentiel que vous preniez les moyens nécessaires pour éviter d'exposer votre entourage à l'infection si le médecin a jugé qu'il y avait un risque de transmission si minime soit-il. Ainsi, nous vous recommandons:

- De ne pas faire de don de sang, de sperme, de tissu ou d'organe;
- De ne pas partager rasoir, brosse à dents, ni seringue et aiguilles;
- D'adopter des comportements sexuels à risque réduit en particulier par l'usage du condom;
- D'éviter la survenue d'une grossesse ou d'allaitement pour une période de 3 mois post-exposition, à moins que le médecin ait jugé que cette dernière ne comporte aucun risque.

L'équipe de prévention des infections du CHU.

ANNEXE 3 Déclaration et grille d'analyse d'une exposition potentielle à un pathogène transmissible par le sang



DÉCLARATION ET GRILLE D'ANALYSE D'UNE EXPOSITION À UN PATHOGÈNE

CHUL L'HDQ HSFA HEJ HSS AUTRE : _____

PARTIE À COMPLÉTER PAR L'EMPLOYÉ

IDENTIFICATION DE L'EMPLOYÉ

M. Mme _____

_____ NOM _____ PRÉNOM _____ TITRE D'EMPLOI _____ N° D'EMPLOYÉ

STATUT AUTRE

Recherche Résident Médecin Établissement d'enseignement : _____

ÉVÈNEMENT

Occupation : Habituelle Occasionnelle Nouvelle

Date et heure de l'événement : _____

LIEU PRÉCIS DE L'ÉVÈNEMENT : _____

Service où l'événement est survenu : _____

Nom du supérieur immédiat ou de la personne en autorité avisée : _____

Date de la déclaration : _____

DESCRIPTION DE L'ÉVÈNEMENT (Décrivez les tâches effectuées au moment de l'événement et indiquez comment s'est produit l'événement. Bien décrire le geste qui a provoqué la lésion et inscrire la partie du corps touchée) :

COMMENTAIRES ET SUGGESTIONS :

TEMOIN LORS DE L'ÉVÈNEMENT :

Oui / Non Nom et Prénom : _____ Titre d'emploi : _____

Je soussigné, certifie que les renseignements contenus dans cette déclaration sont vrais et conformes à ce qui s'est réellement produit

Signature de l'employé : _____ Date de la signature : _____

PARTIE À COMPLÉTER PAR LE SUPÉRIEUR IMMÉDIAT OU SON REPRÉSENTANT

Analyse de l'événement (Cocher un élément dans chacune des catégories suivantes : Types de contact, de blessure et site lésionnel)

TYPE DE CONTACT :	<input type="checkbox"/> Coupure	<input type="checkbox"/> Éclaboussure	<input type="checkbox"/> Morsure	<input type="checkbox"/> Piqûre	<input type="checkbox"/> Autres (précisez) : _____
ÉQUIPEMENT EN CAUSE / TYPE DE CONTACT	<input type="checkbox"/> Aiguille	<input type="checkbox"/> Cathéter I/V sécuritaire	<input type="checkbox"/> Lame pour coupe	<input type="checkbox"/> Papillon sécuritaire	<input type="checkbox"/> Lancette
	<input type="checkbox"/> Aiguille sécuritaire	<input type="checkbox"/> Éclaboussure sur muqueuse	<input type="checkbox"/> Lancette	<input type="checkbox"/> Lancette sécuritaire	<input type="checkbox"/> Autres (précisez) : _____
TYPE DE BLESSURE	<input type="checkbox"/> Aiguille suture	<input type="checkbox"/> Éclaboussure sur peau non saine	<input type="checkbox"/> Lame de bistouri	<input type="checkbox"/> Morsure d'un patient	<input type="checkbox"/> Papillon
	<input type="checkbox"/> Cathéter central	<input type="checkbox"/> Lame de rasoir	<input type="checkbox"/> Piqûre	<input type="checkbox"/> Inflammation/infection	
ACTIVITÉ EN CAUSE / TYPE DE BLESSURE	<input type="checkbox"/> Éraflures/coupures	<input type="checkbox"/> Morsure/lacération mineure	<input type="checkbox"/> Débridement de plaie	<input type="checkbox"/> Retrait d'un cathéter	<input type="checkbox"/> Retrait d'une aiguille
	<input type="checkbox"/> Anesthésie locale	<input type="checkbox"/> Injection I/M ou S/C	<input type="checkbox"/> Suture	<input type="checkbox"/> Prélèvement sanguin	<input type="checkbox"/> Prélèvement tissu
SITE LÉSIONNEL	<input type="checkbox"/> Irriguer	<input type="checkbox"/> Installation d'une transfusion	<input type="checkbox"/> Prélèvement sanguin	<input type="checkbox"/> Prélèvement liquide biologique	<input type="checkbox"/> Accouchement
	<input type="checkbox"/> Glycémie	<input type="checkbox"/> Intervention physique	<input type="checkbox"/> Prélèvement liquide biologique	<input type="checkbox"/> Accouchement	
Mains	<input type="checkbox"/> Doigt	<input type="checkbox"/> Main	Autres (précisez) : _____		
	Membre supérieur				
Autres		<input type="checkbox"/> Bras	<input type="checkbox"/> Coudes	<input type="checkbox"/> Poignet	<input type="checkbox"/> Bouche
		<input type="checkbox"/> Nez	<input type="checkbox"/> Yeux		

Agents causaux : Identifier, selon vous, le ou les éléments qui expliquent la survenance de l'événement

TÂCHE	<input type="checkbox"/> Cadence de travail	<input type="checkbox"/> Patient agressif	<input type="checkbox"/> Posture inadéquate
	<input type="checkbox"/> Inobservance des méthodes de travail	<input type="checkbox"/> Patient confus	
ORGANISATION	<input type="checkbox"/> Affectation (tâche et employé)	<input type="checkbox"/> Méthode de travail (inadéquate)	<input type="checkbox"/> Supervision (surveillance/contrôle)
	<input type="checkbox"/> Formation (entraînement)	<input type="checkbox"/> Procédure (inadéquate/absente)	
ÉQUIPEMENT / MATÉRIEL	<input type="checkbox"/> EPI* inadéquat/défectueux	<input type="checkbox"/> Matériel présentant un risque élevé	<input type="checkbox"/> Outils/équipement défectueux
	<input type="checkbox"/> Outils/Équipement inadéquat	<input type="checkbox"/> Mécanisme de protection inadéquat	
ÉTAT DES LIEUX	<input type="checkbox"/> Aménagement inadéquat	<input type="checkbox"/> Éclairage inadéquat	<input type="checkbox"/> Espace restreint
	<input type="checkbox"/> Propreté / désordre		
INDIVIDU	<input type="checkbox"/> Comportement	<input type="checkbox"/> EPI* inutilisé	<input type="checkbox"/> Inadvertance
	<input type="checkbox"/> Connaissances	<input type="checkbox"/> Gestes dangereux	<input type="checkbox"/> Inexpérience
<input type="checkbox"/> Temps supplémentaire			

*EPI : Équipement de protection individuelle

ACCIDENT AVEC PERTE DE TEMPS AVEZ-VOUS VISITÉ LE LIEU DE L'ÉVÈNEMENT ? OUI NON DATE (aaaa/mm/jj) : _____ / _____ / _____

ACCIDENT SANS PERTE DE TEMPS AVEZ-VOUS RENCONTRÉ L'EMPLOYÉ ? OUI NON DATE (aaaa/mm/jj) : _____ / _____ / _____

Mesures correctives ou préventives envisagées (établir l'échéancier)

OBLIGATOIRE

Signature du supérieur immédiat ou de la personne en autorité : _____ Date : _____

SERVICE SANTÉ SÉCURITÉ ET QUALITÉ DE VIE AU TRAVAIL

COPIES : Blanche (SSSQV7) Rose (Syndicat) Canari (Supérieur immédiat) Verte (Employé)

(à compléter par l'accidenté)

ANNEXE 4 Grille d'évaluation des facteurs de risque

Partie A – Identification du travailleur de la santé (À compléter par l'accidenté)

M. M^{me} Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : _____
 Matricule : _____ Lieu de l'accident : _____
 Employé Médecin Dentiste Bénévole Externe
 Résident Stagiaire Étudiant Autres

Partie B – À compléter par le responsable de l'unité (infirmière-chef ou AIC ou coordonnatrice en dehors des heures ouvrables, professionnel désigné par l'EVAQ)

Patient source Inconnue
 Inconnu, sans patient VIH connu ou en investigation sur l'unité Inconnu, avec patient VIH connu ou en investigation sur l'unité
 Inconnu, sans (ou avec) patient HBsAg connu sur l'unité
 Patient source Connue – Numéro dossier : _____

		Statut infectieux du patient source (résultats au dossier)		
		Positif	Négatif	Inconnu
<input type="checkbox"/> VIH	Date : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> HBsAg	Date : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> VHC	Date : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inapte
 Âgé de moins de 14 ans
 Refus du patient à participer à l'évaluation des facteurs de risque
 Patient refuse prélèvement

Présence des facteurs de risques	NON	OUI	Dans les 3 derniers mois	Il y a plus de 3 mois
Relations sexuelles à risque / multiples partenaires / prostitution	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Relations sexuelles homme-homme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Relations sexuelles avec une personne infectée par le VIH ou VHB ou à risque de l'être	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utilisation de drogues injectables avec partage de matériel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utilisation de cocaïne intranasale avec partage de matériel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diagnostic récent ITSS (Chlamydia, Gonorrhée, Syphilis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Contacts étroits avec une personne infectée par le VHB	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Exposition à du sang infecté par le VIH, VHB ou VHC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tatouage – perçage dans un contexte « artisanal » / matériel non stérile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antécédent d'incarcération	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Provenance d'une région à forte endémicité pour VIH, VHB ou VHC : Caraïbes, Amérique centrale, Amérique du Sud, Fédération de Russie, Europe de l'Est, Moyen-Orient (incluant l'Égypte et le Pakistan), Bassin du Pacifique (sauf Japon, Australie et Nouvelle-Zélande), Afrique, Asie du Sud, Asie centrale.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
* Avoir eu des traitements d'hémodialyse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
* Avoir reçu des produits sanguins avant 1990	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Né d'une mère séropositive pour le VIH ou le VHB	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Référer à l'urgence si :

- Source inconnue ET risque de VIH ou VHB dans le secteur où a eu lieu l'accident
- Source connue positive VIH, VHB ou VHC
- Refus du patient source à participer à l'évaluation des facteurs de risque et/ou à se faire tester
- Source inapte et à haut risque (≥ 1 facteur de risque)
- Présence d'un ou plusieurs facteurs de risque chez le patient source

*Ne pas référer à l'urgence si le seul facteur de risque est HBsAg-, VHC-, VIH- dans l'année précédente pour l'hémodialyse ou après 1990 pour les produits sanguins

Partie C – À compléter par le médecin de l'urgence (L'HDQ, HEJ, HSFA, et HSS), par le microbiologiste-infectiologue de garde (CHUL)

Traitement prescrit au Travailleur de la santé accidenté

Consultation en microbiologie-infectiologie Médecin : _____
 Prophylaxie ARV contre le VIH Heure de la 1^{re} dose : _____
 Gammaglobulines (HBIG) 0.06 ml/kg (max 5 mL) Date : _____
 Vaccin hépatite B I/M deltoïde Date : _____

Signature du médecin : _____ # de permis : _____

RETOURNER AU SERVICE SANTÉ SÉCURITÉ ET QUALITÉ DE VIE AU TRAVAIL
 (Par télécopieur : 418 525-4152 ou par courrier interne à HSFA au local B0-522)

ANNEXE 5 Dépliant d'information à transmettre au patient-source

Un travailleur de la santé a été exposé accidentellement à votre sang ou à un de vos liquides organiques dans le cadre de son travail. *C'est la raison pour laquelle votre collaboration est sollicitée.*

Étant donné les risques de transmission d'infection, nous avons besoin de faire des tests afin de savoir si vous êtes porteur du virus de l'immunodéficience humaine (VIH), du virus de l'hépatite B et du virus de l'hépatite C.

Afin d'évaluer si vous présentez certains facteurs de risque qui nécessiteraient une intervention immédiate chez le travailleur de la santé, nous vous demandons également de répondre à quelques questions qui nous aideront à préciser le risque et orienter la démarche immédiate auprès du travailleur de la santé accidenté.

Quelle est l'utilité de ces tests ?

Pour vous:

S'il s'avérait qu'un test revienne positif, vous auriez accès aux soins que nécessite votre état ainsi qu'aux conseils préventifs pour éviter la transmission à vos proches.

Pour le travailleur de la santé exposé:

L'accès aux résultats des tests permet d'éviter d'administrer inutilement des traitements pouvant occasionner des effets secondaires au travailleur de la santé accidenté. Ces résultats permettent également de diminuer considérablement le stress du travailleur de la santé. Cela lui évitera, dans la majorité des cas, de se soumettre à des examens et à des comportements préventifs envers ses proches pendant les trois mois nécessaires avant de savoir s'il a contracté une infection.

Le résultat des prélèvements effectués ne sera connu que par votre médecin traitant, le travailleur de la santé accidenté et le service assurant la santé et la sécurité des travailleurs de la santé. En aucun cas le résultat des tests ne pourra influencer l'accessibilité ou la qualité des soins que vous êtes en droit de recevoir.

Si vous le souhaitez, votre médecin traitant vous fera part des résultats ou les transmettra à votre médecin de famille.

Vous pouvez refuser ces prélèvements sur la base de la Charte des droits et libertés de la personne, et nul ne vous en tiendra rigueur.

Nous vous remercions de votre précieuse collaboration.

Claude Tremblay MD FRCP©

Co-présidente du comité de prévention des infections du CHU de Québec

ANNEXE 8

**FORMULAIRES ET ÉTIQUETTES POUR LES
ANALYSES REQUISES**

REQUÊTE D'ANALYSES - PATIENT SOURCE

PRELÈVEUR

* LOCALISATION _____

* DATE PRÉL. : ____ / ____ / ____ * HEURE : ____ : ____

* NOM ET PRÉNOM LISIBLES _____

PRESCRIPTEUR

* NOM ET PRÉNOM COMPLETS **Dre Michelle Tolszczuk** * NO DE PERMIS **90281**
Service Santé CHU Télécopieur 418 525-4152

* TRANSMISSION DU RÉSULTAT À (NOM DE LA CLINIQUE) _____

MD EN COPIE (NOM ET PRÉNOM LISIBLES) _____ NO DE PERMIS _____

NOM DE LA CLINIQUE DU MD EN COPIE _____

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES _____

* RAMQ _____

* DATE DE NAISSANCE _____ * SEXE M F
Pour les usagers qui n'ont pas de RAMQ (exclusivement) AA/MM/JJ

* NOM _____ * PRÉNOM _____

NOM DE LA MÈRE _____

N° CHAMBRE _____

ADRESSE _____
NO CIVIQUE/RUE _____ APT _____

CODE POSTAL _____ TÉLÉPHONE _____

Utiliser la carte d'assurance maladie, l'étiquette autocollante ou la carte de l'hôpital.

ATTENTION : toute demande incomplète représente une non-conformité pouvant aller jusqu'au rejet de la requête notamment en ce qui concerne la double identification des échantillons.

Inscrire les coordonnées du médecin traitant du travailleur exposé dans la section « Prescripteur – MD en copie ».

■ EXPOSITION ACCIDENTELLE (ACCTR)

(Compléter svp)

TRAVAILLEUR EXPOSÉ

PATIENT SOURCE

Nom du travailleur : _____

RAMQ du travailleur : _____

Nom du patient source : _____

RAMQ du patient source : _____

Cocher si source inconnue

Unité ou service où l'exposition a eu lieu : _____

Site : _____

MALADIES INFECTIEUSES

VIH 1 TO

Hépatite B (Ag HBs)] — 1 TO

Hépatite C (Anti-VHC)] — 1 TO

NOTES :

- 2 Tubes à bouchon or avec gel (TO) sont requis et doivent être stabilisés au laboratoire ≤ 2 heures.

- Les cases à cocher sont déjà noircies en fonction des analyses requises pour le patient source.

Laboratoire multidisciplinaire du CHU de Québec-Université Laval (CHUL)

ANNEXE 8

FORMULAIRES ET ÉTIQUETTES POUR LES ANALYSES REQUISES

REQUÊTE D'ANALYSES - TRAVAILLEUR EXPOSÉ

