

Objet : Exposition accidentelle d'un travailleur – Trousse post-exposition à imprimer

INSTRUCTION À L'UTILISATEUR :

1. Utiliser et appliquer l'algorithme d'«exposition accidentelle d'un travailleur» disponible sur le Portail RH dans la section «santé et sécurité au travail», puis «exposition à un pathogène transmissible par le sang».
2. Faire imprimer l'ensemble des documents de la trousse à imprimer.
3. Le travailleur exposé complète la «déclaration et grille d'analyse d'une exposition à un pathogène»
4. La personne en autorité complète la «Grille d'évaluation des facteurs de risques» (GEFR)
5. La personne en autorité traite la section 2 : «Patient source» et remet au patient la documentation.
6. Les prélèvements sont envoyés au laboratoire avec les feuilles d'analyse incluses dans ce document. **Il ne faut pas utiliser d'étiquette provenant de Crystal-net** mais plutôt identifier les échantillons avec des étiquettes génériques.
7. Faire parvenir les documents complétés dans les plus brefs délais au service santé des travailleurs. La GEFR peut être envoyé par fax pour accélérer le traitement de votre dossier.

SECTION 1 : DOCUMENTS POUR LE TRAVAILLEUR EXPOSÉ

Contenu :

- Formulaire de déclaration et grille d'analyse d'une exposition à un pathogène
- Formulaire grille d'évaluation des facteurs de risques
- Étiquette d'analyse – Travailleur exposé
- Dépliant d'information au travailleur de la santé accidenté
- Modalité à suivre pour ne pas déboursier le coût de la prophylaxie

SECTION 2 : DOCUMENTS POUR LE PATIENT-SOURCE

Contenu :

- Étiquette d'analyse – Patient-source
- Dépliant d'information au patient-source

SECTION 1 : DOCUMENTS POUR LE TRAVAILLEUR ACCIDENTÉ

PARTIE À COMPLÉTER PAR L'EMPLOYÉ

IDENTIFICATION DE L'EMPLOYÉ

M. _____ NOM _____ PRÉNOM _____
 Mme _____

 TITRE D'EMPLOI _____ NO D'EMPLOYÉ _____

STATUT AUTRE
 Recherche
 Résident
 Médecin
 Établissement d'enseignement : _____

ÉVÉNEMENT

Occupation :
 Habituelle
 Occasionnelle
 Nouvelle
 Jour Mois Année Heure (hh:mm)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Date et heure de l'événement

LIEU PRÉCIS DE L'ÉVÉNEMENT
 Cafétéria
 Chambre
 Corridor
 Poste de travail
 Salle de bains / Toilettes
 Stationnement / terrain extérieur
 Autres _____

Service où l'événement est survenu : _____

Jour	Mois	Année

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

Jour	Mois	Année

Date de la déclaration

DESCRIPTION DE L'ÉVÉNEMENT (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'ÉVÉNEMENT :
 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 : _____

Jour	Mois	Année

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"/> Coupeure <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 sécuritaire <input type="checkbox"/> Aiguille suture <input type="checkbox"/> Cathéter central <input type="checkbox"/> Cathéter I/V	<input type="checkbox"/> Cathéter I/V sécuritaire <input type="checkbox"/> Éclaboussure sur muqueuse <input type="checkbox"/> Éclaboussure sur peau non saine <input type="checkbox"/> Lame de bistouri <input type="checkbox"/> Lame de rasoir	<input type="checkbox"/> Lame pour coupe <input type="checkbox"/> Lancette <input type="checkbox"/> Lancette sécuritaire <input type="checkbox"/> Morsure d'un patient <input type="checkbox"/> Papillon	<input type="checkbox"/> Papillon sécuritaire <input type="checkbox"/> Gaz capillaire <input type="checkbox"/> Autres (précisez) : _____
----------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

TYPE DE BLESSURE	<input type="checkbox"/> Éraflures/coupures <input type="checkbox"/> Morsure/lacération mineure <input type="checkbox"/> Piqûre <input type="checkbox"/> Inflammation/infection
-------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

ACTIVITE EN CAUSE / TYPE DE BLESSURE	<input type="checkbox"/> Anesthésie locale <input type="checkbox"/> Couper <input type="checkbox"/> Irriguer <input type="checkbox"/> Glycémie <input type="checkbox"/> Autres (précisez) : _____	<input type="checkbox"/> Injection I/M ou S/C <input type="checkbox"/> Installation d'un soluté <input type="checkbox"/> Installation d'une transfusion <input type="checkbox"/> Intervention physique	<input type="checkbox"/> Débridement de plaie <input type="checkbox"/> Suture <input type="checkbox"/> Prélèvement sanguin <input type="checkbox"/> Prélèvement liquide biologique	<input type="checkbox"/> Retrait d'un cathéter <input type="checkbox"/> Retrait d'une aiguille <input type="checkbox"/> Prélèvement tissu <input type="checkbox"/> Accouchement
---------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

SITE LESIONNEL	Mains <input type="checkbox"/> Doigt <input type="checkbox"/> Main	Membre supérieur <input type="checkbox"/> Bras <input type="checkbox"/> Coude <input type="checkbox"/> Poignet	Autres <input type="checkbox"/> Bouche <input type="checkbox"/> Nez <input type="checkbox"/> Yeux <input type="checkbox"/> Autres (précisez) : _____
-----------------------	------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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

TACHE	<input type="checkbox"/> Cadence de travail <input type="checkbox"/> Inobservance des méthodes de travail	<input type="checkbox"/> Patient agressif <input type="checkbox"/> Patient confus	<input type="checkbox"/> Posture inadéquate
--------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------

ORGANISATION	<input type="checkbox"/> Affectation (tâche et employé) <input type="checkbox"/> Formation (entraînement)	<input type="checkbox"/> Méthode de travail (inadéquate) <input type="checkbox"/> Procédure (inadéquate/absente)	<input type="checkbox"/> Supervision (surveillance/contrôle)
---------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------

ÉQUIPEMENT / MATERIEL	<input type="checkbox"/> EPI* inadéquat/défectueux <input type="checkbox"/> Outils/Équipement inadéquat	<input type="checkbox"/> Matériel présentant un risque élevé <input type="checkbox"/> Mécanisme de protection inadéquat	<input type="checkbox"/> Outils/équipement défectueux
------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------

ÉTAT DES LIEUX	<input type="checkbox"/> Aménagement inadéquat <input type="checkbox"/> Propreté / désordre	<input type="checkbox"/> Éclairage inadéquat	<input type="checkbox"/> Espace restreint
-----------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------	-------------------------------------------

INDIVIDU	<input type="checkbox"/> Comportement <input type="checkbox"/> Connaissances <input type="checkbox"/> Temps supplémentaire	<input type="checkbox"/> EPI* inutilisé <input type="checkbox"/> Gestes dangereux	<input type="checkbox"/> Inadvertance <input type="checkbox"/> Inexpérience
-----------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------

*EPI : Équipement de protection individuelle

ACCIDENT AVEC PERTE DE TEMPS AVEZ-VOUS VISITÉ LE LIEU DE L'ÉVÉNEMENT ? 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 :

Jour	Mois	Année

Grille d'évaluation des facteurs de risques (GEFR)

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, patient HBsAg connu sur l'unité

Patient source Connue – Numéro dossier : _____

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

		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"/>

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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* Avoir eu des traitements d'hémodialyse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* Avoir reçu des produits sanguins avant 1990	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Né d'une mère séropositive pour le VIH ou le VHB	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pas de référence à l'urgence si source connue et réponses négatives à la grille d'évaluation des facteurs de risques (GEFR)

Référer en stat à l'urgence si :

- Patient connu séropositif pour le VIH, l'AgHBs et/ou le VHC
- Patient avec statut VIH inconnu présentant des facteurs de risque élevé
- Patient avec statut VIH inconnu, apte à consentir qui refuse les prélèvements (présentant ou non des facteurs de risque élevé)
- Source d'exposition inconnue mais risque élevé dans le secteur où a eu lieu l'accident (patient connu séropositif pour le VIH ou l'AgHBs ou en investigation pour le VIH)
- Si le patient source s'avère séropositif pour le VIH

- Si le patient source s'avère séropositif pour l'AgHBs et que l'immunité du travailleur pour l'hépatite B n'a pas été prouvée antérieurement (Taux anti-HBs \geq 10 UI)

Référer dès que possible à l'urgence si :

- Source d'exposition inconnue en absence de patient connu séropositif pour le VIH ou l'AgHBs ou en investigation pour le VIH dans le secteur où a eu lieu l'accident
- ET accidenté non vacciné pour l'hépatite B ou connu non-répondeur ou immunosupprimé avec un taux d'anti-HBs < 10 UI
- Besoin de support médical

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

Partie C – À compléter par le médecin de l'urgence

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 : _____
 Attestation médicale CNESTT
 Signature du médecin : _____ # de permis : _____

PRÉLEVEUR	LOCALISATION _____	RAMQ _____
	DATE PRÉL. : / / HEURE : : _____	DOSSIER _____ SITE _____
	NOM ET PRÉNOM LISIBLES _____	DATE DE NAISSANCE _____ SEXE M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
PRESCRIPTEUR	NOM ET PRÉNOM COMPLETS Geneviève Bélanger NO DE PERMIS 834379	NOM _____ PRÉNOM _____
	TRANSMISSION DU RÉSULTAT À (NOM DE LA CLINIQUE) Service Santé CHU Télécopieur : 418 525-4152	NOM DE LA MÈRE _____
	MD EN COPIE (NOM ET PRÉNOM LISIBLES) _____ NO DE PERMIS _____	ADRESSE _____
	NOM DE LA CLINIQUE DU MD EN COPIE _____	NO CIVIQUE/RUE _____ APT _____
	RENSEIGNEMENTS CLINIQUES _____	CODE POSTAL _____ TÉLÉPHONE _____

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 (Anti-Hbs, AgHbs et Anti-Hbctot) 1 TO

■ Hépatite C (Anti-VHC)

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 travailleur exposé.

ATTENTION : TOUTE DEMANDE D'ANALYSE INCOMPLÈTE OU NON CONFORME POURRAIT ÊTRE REFUSÉE

(v. 2024-11-27)

Objet : Exposition accidentelle d'un travailleur - 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 santé des travailleurs 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.

Service santé des travailleurs du CHU.

Objet : Exposition accidentelle d'un travailleur – Modalités à suivre pour ne pas déboursier le coût de la prophylaxie.

Un médecin vous a prescrit un traitement prophylactique suite à une exposition accidentelle jugée à risque. Vous avez été dirigé à l'urgence afin que l'on vous remette gratuitement une trousse de démarrage qui inclut ce traitement pour une période de trois jours. Il vous appartient de vous procurer à votre pharmacie ce traitement pour la période excédant les trois premiers jours.

Si vous êtes un travailleur au sens de la Loi sur les accidents du travail et des maladies professionnelles (employés, cadres, bénévoles, stagiaires, résidents), vous pouvez demander à votre pharmacien de facturer la CNESST pour le coût de la prophylaxie. Les médecins n'étant pas un travailleur au sens de cette loi ne peuvent bénéficier de ces modalités.

1. Compléter et signer le formulaire «Réclamation du travailleur» disponible sur le site de la CNESST <http://www.csst.qc.ca/formulaires/Pages/1939.aspx>
2. Présentez-vous à votre pharmacie avec :
 - a. La copie de la CNESST du formulaire «Réclamation du travailleur»
 - b. La copie de la CNESST de l'Attestation médicale»
 - c. La prescription du traitement

Votre pharmacien sera ensuite en mesure de se faire rembourser en transmettant à la CNESST une facture avec une mention «Payable à la pharmacie» accompagnée des trois documents que vous lui avez transmis.

3. Transmettre à la santé des travailleurs la copie de l'employeur du formulaire «Réclamation du travailleur» et de l'« Attestation médicale » produite par le médecin.

Hôpital Saint-François d'Assise,
10, rue de l'Espinay, bureau B0-522,
Québec (QC) G1L 3L5

Télécopieur : 418 525-4152

Courriel : service.sante@chudequebec.ca

Pour toute question, vous pouvez communiquer avec une infirmière de l'équipe du service santé des travailleurs au numéro 418-525-4444 poste 52377.

SECTION 2 : DOCUMENTS POUR LE PATIENT-SOURCE

PRELEVEUR	LOCALISATION _____	RAMQ _____
	DATE PRÉL. : / / HEURE : :	DOSSIER _____ SITE _____
	NOM ET PRÉNOM LISIBLES _____	DATE DE NAISSANCE _____ SEXE M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
		AA/MM/JJ
	NOM ET PRÉNOM COMPLETS Geneviève Bélanger NO DE PERMIS 834379	NOM _____ PRÉNOM _____
PRESCRIPTEUR	TRANSMISSION DU RÉSULTAT À (NOM DE LA CLINIQUE) Service Santé CHU Télécopieur : 418 525-4152	NOM DE LA MÈRE _____
	MD EN COPIE (NOM ET PRÉNOM LISIBLES) _____ NO DE PERMIS _____	ADRESSE _____
	NOM DE LA CLINIQUE DU MD EN COPIE _____	NO CIVIQUE/RUE _____ APT _____
	RENSEIGNEMENTS CLINIQUES _____	CODE POSTAL _____ TÉLÉPHONE _____

Inscrire les coordonnées du médecin traitant du **Patient Source** 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)

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.

ATTENTION : TOUTE DEMANDE D'ANALYSE INCOMPLÈTE OU NON CONFORME POURRAIT ÊTRE REFUSÉE (v. 2024-11-27)

Exposition accidentelle : Requête d'analyses – Patient source

Direction des ressources humaines,
Service santé des travailleurs

Objet : Exposition accidentelle d'un travailleur - 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