

RAPPORT D'EXPOSITION À DES LIQUIDES BIOLOGIQUES ET CONSENTEMENT
(À l'usage exclusif du personnel, stagiaires et médecins du CIUSSS-EMTL)

1. IDENTITÉ DE LA PERSONNE EXPOSÉE

Nom : _____ Prénom : _____

Matricule : _____ Titre d'emploi : _____

Date de naissance : ____/____/____ Service/département : _____

Vaccination contre l'hépatite B : Oui (3 doses) Incomplet (1 ou 2 doses) Non Inconnu

Vaccination tétanos/diphtérie : Oui (Année : _____) Non Inconnu

2. IDENTITÉ DE L'USAGER-SOURCE (cochez et indiquez les informations s'il y a lieu) :

Connue (Assurez-vous d'obtenir un consentement libre et éclairé avant d'identifier l'usager-source sur ce formulaire. Sinon, le considérer comme inconnu)

Nom et prénom _____

RAMQ _____

Inconnue ou consentement non-obtenu

3. NATURE DE L'EXPOSITION

Date et heure de l'exposition : ____/____/____ _____ h _____

Date de la déclaration: ____/____/____

Lieu exact de l'accident : _____

Site de la blessure : _____

3.1. Liquide biologique impliqué (Cochez le(s) case(s) appropriée(s))

- Sang
- Sperme
- Sécrétions vaginales
- Salive
- Autre liquide:

(Spécifiez)

Spécifiez si visiblement teinté de sang : Oui Non

3.2. Type d'exposition (Cochez le(s) case(s) appropriée(s) selon le type de votre exposition)

Exposition percutanée (Voir section 3.3.)	OU	Exposition muco-cutanée ¹ (Voir section 3.4.)
<input type="radio"/> Piqûre d'aiguille		<input type="radio"/> Sur peau non intacte/avec des lésions
<input type="radio"/> Morsure avec bris de peau		<input type="radio"/> Contact avec les yeux
<input type="radio"/> Égratignure avec un objet tranchant souillé		<input type="radio"/> Contact avec le nez
<input type="radio"/> Coupure avec un objet tranchant souillé		<input type="radio"/> Contact avec la bouche
<input type="radio"/> Autre : _____		<input type="radio"/> Autre _____

¹ Réfère à une exposition par éclaboussure sur une peau qui était préalablement non intacte (eczéma, plaie fraîche, etc.) ou sur la membrane qui tapisse l'intérieur du nez, la bouche ou l'œil.

3.3. Si vous avez coché exposition percutanée en 3.2., remplissez cette section :

Identification de l'objet en cause	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Dents <input type="radio"/> aiguille, précisez : _____ <input type="radio"/> objet tranchant, précisez: _____ <input type="radio"/> Autre, précisez : _____
La personne blessée est-elle l'utilisatrice de l'objet en cause?	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
L'objet en cause a-t-il un dispositif de sécurité?	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Je ne sais pas
Tâche effectuée lors de l'exposition et manière dont s'est produit l'accident	<p>Expliquez : _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
État de l'objet en cause lors du contact	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Visiblement teinté de sang <input type="radio"/> Provenait directement d'un vaisseau sanguin <input type="radio"/> Avait servi auprès d'un usager mais pas de sang visible sur l'objet <input type="radio"/> Inconnu <input type="radio"/> Ne s'applique pas <input type="radio"/> Autre, précisez : _____
Profondeur de la blessure	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Superficielle (égratignure sans saignement) <input type="radio"/> Modérée (effraction de la peau avec saignement) <input type="radio"/> Profonde (piqûre profonde, coupure avec ou sans saignement) <input type="radio"/> Inconnue
Équipement de protection porté lors de l'exposition	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Jaquette <input type="radio"/> Gants <input type="radio"/> Lunettes <input type="radio"/> Autre, précisez _____ <input type="radio"/> Aucun

3.4. Si vous avez coché exposition muco-cutanée en 3.2., remplissez cette section :

Tâche effectuée lors de l'exposition et manière dont s'est produit l'accident	Expliquez : _____ _____ _____ _____
Équipement de protection porté Lors de l'exposition	<input type="radio"/> Jaquette <input type="radio"/> Gants <input type="radio"/> Lunette ou visière <input type="radio"/> Autre, précisez : _____ <input type="radio"/> Aucun

4. CONSENTEMENT DE LA PERSONNE EXPOSÉE ET COORDONNÉES (OBLIGATOIRE):

<input type="radio"/> Je consens aux prélèvements sanguins pour la détection d'une infection au VIH, à l'hépatite B et C et à ce qu'on consulte mon dossier médical à des fins de suivi de mon exposition aux liquides biologiques.	<input type="radio"/> Je refuse les prélèvements sanguins proposés.
<input type="radio"/> Je consens à recevoir la prophylaxie post exposition.	<input type="radio"/> Je refuse la prophylaxie post exposition.

Numéro de téléphone : _____

Courriel : _____

Signature de la personne exposée: _____

Signature d'un témoin : _____

Date : ____ / ____ / ____

NB : Le présent formulaire doit *toujours* être transmis au Service de prévention et promotion de la santé après la consultation à l'urgence par *courriel* ou *télécopieur*.

Télécopieur: 514 251-7348

Courriel: sante_prevention.cemtl@ssss.gouv.qc.ca

Date de mise à jour : 2019-05-17