

ACCIDENTS EXPOSANT AU RISQUE DE TRANSMISSION VIRALE

FICHE MEDICALE D'ADMISSION AUX URGENCES

<p>NOM de naissance :</p> <p>NOM d'usage (<i>s'il y a lieu</i>) :</p> <p>Prénom(s) :</p> <p>Sexe : <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F</p> <p>Date de naissance :/...../.....</p> <p>N° de téléphone :</p> <p>Date de consultation :/...../.....</p> <p>Ac anti HBS >10 : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas</p>	<p>Médecin : Dr</p> <p>Service / établissement :</p> <p>Date de l'AEV :/...../.....</p> <p>Heure précise :h.....</p> <p><input type="checkbox"/> Moins de 48h <input type="checkbox"/> Moins de 4h</p>
--	--

EXPOSITION AU SANG (à remplir par l'exposé si AEV pro)

1/ TYPE D'ACCIDENT

Accident professionnel :

fonction : service :

- **Circonstances, tâches en cours :**

.....

agent seul en cause blessé par collègue blessé par patient

- **Préventions**

	Oui	Non	Sans objet (inutile pour la tâche)
Lors de l'accident, portiez-vous des gants :			
Si oui : <input type="checkbox"/> 1 paire <input type="checkbox"/> 2 paires			
Aviez-vous un collecteur à portée de la main ?			
Prévention des projections sur le visage :			
Si oui, lequel :			

Accident NON professionnel :

- seringue / aiguille abandonnée
- partage du matériel à usage de drogue IV
- autres :

2/ PRECISION SUR L'EXPOSITION

- **Type d'exposition :**

- Piqûre avec aiguille creuse, intra-artérielle ou intraveineuse, trocart Piqûre avec aiguille SC ou IM, suture
- Piqûre non précisée Coupure Projection sur peau lésée Projection sur visage
- Projection dans les yeux ou autre muqueuse
- autre :

Type de matériel en cause et marque du matériel

Si, matériel de sécurité, avait-il été activé ? Oui Non

Déclaration de tout défaut de matériel à la Matérovigilance

- **Profondeur de la blessure :**

- Superficielle (éraflure, pas de saignement) Modérée (peau lésée avec saignement)
- Profonde (piqûre ou plaie importante, avec ou sans saignement, hématome)

- **Liquide biologique :** sang autre :

Autres facteurs de risques (sang visible sur l'aiguille, non soignant = contact immédiat avec une personne source) :

.....

3/ REACTION A L'ACCIDENT : SOINS IMMEDIATS

Lavage : Oui Non **Antiseptique :** Oui Non Si oui, lequel?

STATUT SEROLOGIQUE PERSONNE SOURCE (à remplir par l'exposé si AEV pro)

Formulaire de consentement signé par la personne source Personne source suivie pour une infection VIH

Identité patient source : (étiquette)	Sérologie antérieure à l'AEV		
Nom :			
Prénom :			
DDN :			
Cocher les cases	+	-	?
VIH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VHC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VHB	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EXPOSITION SEXUELLE

- **Rapport sexuel** : vaginal anal fellation autres informations :
- **Situation à risque** : partenaire usager de drogue IV, partenaires multiples, infection ou lésion génitale, règles, violence...

EVALUATION RISQUE

Se référer au tableau d'évaluation du rapport d'experts

- Minimale : autres cas, morsures, griffures...
- Intermédiaire : coupure avec bistouri, piqûre avec aiguille IM ou SC, exposition cutanéomuqueuse > 15 minutes...
- Important : piqûre profonde, aiguille creuse, dispositif intra-veineux ou intra-artériel...

PROPHYLAXIE ANTI-VIH

- Débutée** Heure de la 1^{ère} prise :h.....
- Formulaire de consentement signé par la personne exposée
- DELSTRIGO® TRUVADA® + ISENTRESS® Autre :

Non débutée

Motif :

PRESCRIPTIONS - ORIENTATION

Se référer aux tableaux de prescription du rapport d'experts

- **BIOLOGIE** : Sérologie VIH Sérologie VHC Sérologie VHB Dépistage des autres IST
 Bilan standard initial
- **TRAITEMENTS** : Prophylaxie anti-VHB Pilule du lendemain (femmes)
 Autres :
- **ORIENTATION** : CeGIDD Médecin du travail Médecin traitant Médecin référent VIH
 Autre :

DOCUMENT A ENVOYER PAR MAIL SAUF AEV PRO