

PRÉVENTION	
20 ● LORS DE L'ACCIDENT, PORTIEZ-VOUS DES GANTS ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Sans objet <input type="checkbox"/>	20 _
21 ● Si oui : Une paire <input type="checkbox"/> Deux paires <input type="checkbox"/> Gants spéciaux <input type="checkbox"/>	21 _
22 ● AVIEZ-VOUS UN CONTENEUR À PORTÉE DE LA MAIN ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Sans objet <input type="checkbox"/>	22 _
23 ● PREVENTION DES PROJECTIONS SUR LE VISAGE : _____	23 _ _ _ _
INFORMATION SUR LE PATIENT SOURCE	
24 ● VIH : Positif connu <input type="checkbox"/> Positif découvert <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Non identifié <input type="checkbox"/> Inconnu <input type="checkbox"/>	24 _
25 ● VHC : Positif connu <input type="checkbox"/> Positif découvert <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Non identifié <input type="checkbox"/> Inconnu <input type="checkbox"/>	25 _
26 ● Si sérologie VHC positive, virémie par PCR	26 _
27 ● Si sérologie VHC positive, virémie par PCR Positif connu <input type="checkbox"/> Positif découvert <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Non identifié <input type="checkbox"/> Inconnu <input type="checkbox"/>	27 _
27 ● VHB : Antigénémie HBS : Positive <input type="checkbox"/> Négative <input type="checkbox"/> Non identifié <input type="checkbox"/> Inconnu <input type="checkbox"/>	
RÉACTION A L'ACCIDENT	
SOINS IMMÉDIATS :	
28 ● Lavage Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	28 _
29 ● Antiseptique Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	29 _
30 ● Un (des) EXAMEN(S) SÉROLOGIQUE(S) initial a-t-il été fait ? : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	30 _
31 ● Un suivi sérologique a-t-il été programmé ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	31 _
32 ● Un TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE a-t-il été initié ? : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	32 _
33 ● Traitement initial prescrit : _____	33 _ _ _ _ _ 33bis _ _ _ _ _
_____	33ter _ _ _ _ _
34 ● Durée effective (en jours) _ _ _ _	34 _ _ _
35 ● Modification du traitement Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	35 _
36 ● Motif interruption : _____	36 _ _ _ _
● Commentaires libres : _____	

