

(Hors collaborateurs RHNe, ADMED ou SRNJTS)

PATIENT SOURCE **A donné son consentement pour HIV**

Nom :
Prénom :
Date de naissance :
Adresse :
.....

Patient source inconnu

Facteurs de risque

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Toxicomanie | <input type="checkbox"/> Partenaire sexuel séropositif |
| <input type="checkbox"/> Transfusion sanguine (hors Europe) | <input type="checkbox"/> Séjour dans un pays à haute endémie |
| <input type="checkbox"/> HIV ou Hépatite B ou Hépatite C connue | <input type="checkbox"/> Comportements sexuels à risque (partenaires multiples, relations sexuelles non protégées, etc...) |
| | <input type="checkbox"/> Aucun |

Résultats sérologies effectuées en urgence (cf feuille de labo « Accident Exposition au Sang »)

HIV: Hépatite C (HCV): Hépatite B (HBs Ag):

Personne source avertie des résultats de laboratoire effectués en urgence

OU

Résultats de la personne source donnés par son médecin: Dr _____ (prévoir copie du laboratoire)

Signature du Médecin..... BIP.....

Personne exposée avertie des résultats de laboratoire effectués en urgence

Signature du Médecin..... BIP.....

PERSONNE EXPOSEE

Copie du document à envoyer à:

- Infectiologie CDF** **Infectiologie PRT**
 Médecin traitant (seulement si risque faible)

Nom :
Prénom :
Date de naissance:
Téléphone privé:.....

- Vaccination complète Hépatite B faite, répondeur (anti HBs **connu**)
 Vaccination complète Hépatite B faite, (anti HBs **inconnu**)
 Aucune vaccination Hépatite B ou incomplète



Voir au verso

Description détaillée de l'accident (y compris partie du corps atteinte, geste impliqué, etc)

Date :/...../..... Heure..... Lieu..... (ex. chambre du pat, couloir, salle d'op)

Description :
.....
.....

Moyens de protection

- | | | | |
|--|------------------------------|-------------------------------|------------------------------|
| Gants | Masque | Lunettes de protection | Chaussures |
| <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> double gants | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> OUI |
| <input type="checkbox"/> NON | <input type="checkbox"/> NON | <input type="checkbox"/> NON | <input type="checkbox"/> NON |

Type d'accident

- | | | | |
|--|---------------------------------|--|------------------------------|
| Blessure avec piquant / tranchant | Projection | Projection | Morsure |
| <input type="checkbox"/> superficielle (égratignure) | <input type="checkbox"/> bouche | <input type="checkbox"/> sur peau saine | <input type="checkbox"/> OUI |
| <input type="checkbox"/> profonde | <input type="checkbox"/> yeux | <input type="checkbox"/> sur peau lésée (crevasse, gerçures,...) | <input type="checkbox"/> NON |

Objet cause de blessure

- aiguille d'injection (creuse) aiguille de prélèvement (creuse) aiguille de suture (pleine) HGT butterfly venflon
 lame (scalpel, bistouri, ciseaux) autre, précisez:

Contamination avec

- du sang un liquide biologique – voir liste au dos (.....) un liquide non-biologique avec présence de sang
 avec présence de sang
 sans présence de sang

Laboratoire

- Sérum à congeler Dosage anti-HBs (uniquement si taux inconnu)

<p>Prise en charge :</p> <p>⇒ Patient Source avec test HIV positif (confirmé par le labo) : Débuter une PEP (Prophylaxie post-expositionnelle). Starter-kit disponible aux urgences. Toujours informer des interactions et précautions. Organiser le suivi en infectiologie 079 559 43 88 (cocher consultation et laboratoire en conséquence)</p> <p>⇒ Patient Source avec test HIV rapide négatif mais présence de facteurs de risque : Lorsqu'il s'agit du résultat du test HIV rapide, demander confirmation en urgence par test HIV Combo (effectué au SRNJTS ou ADMED Microbiologie). Demander l'avis de l'infectiologie au 079 559 43 88 ou en son absence débuter une PEP (cf. ci-dessus) Organiser le suivi en infectiologie (cocher consultation et laboratoire en conséquence)</p> <p>⇒ Patient Source Hépatite B positif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Discuter impérativement dans les 7 jours d'une perfusion d'IgG avec l'infectiologue 2. Organiser le suivi en infectiologie (cocher consultation et laboratoire en conséquence) <p>⇒ Patient Source Hépatite C positif : Organiser le suivi en infectiologie (cocher consultation et laboratoire en conséquence)</p> <p>⇒ Patient Source inconnu Demander l'avis de l'infectiologie au 079 559 43 88 ou en son absence au cadre de médecine de garde</p> <ul style="list-style-type: none"> - Si PEP débutée: organiser suivi en infectiologie (cocher consultation et laboratoire en conséquence) - Si risque faible suivi chez médecin traitant ou infectiologie : faire copies (labo, consultation) en conséquences 	<p><u>Précautions :</u></p> <p><u>Précautions primaires</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ne pas recapuchonner les aiguilles • Recueillir les aiguilles et objets tranchant dans des conteneurs rigides prévus à cet effet • Ne pas transmettre de main à main d'objets piquants ou tranchants • Envisager le port de doubles gants • Envisager un changement de gants toutes les deux heures lors d'intervention prolongée <p><u>Précautions secondaires</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • En cas de facteurs de risques chez le patient source : Rapports sexuels protégés pendant 3 mois, abstention de don du sang pendant 6 mois <p><u>Matériaux biologiques à risque de transmission du VIH</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Sang et liquides souillés par du sang • Sperme, sécrétions vaginales • Tissus • LCR <p>Liquide synovial, pleural, péritonéal, péricardique, amniotique</p>
---	---

Accidents avec Exposition au Sang ou liquides biologiques (AES)

Hors RHNe

Copie du document à envoyer à (cocher):

Infectiologie PRT

Médecin traitant (Dr)