

Rapport de contact avec du sang et des liquides corporels



Nom: _____ Prénom: _____

Exposition: (uniquement pour usage adm.) B _____ Institution: (uniquement pour usage adm.) _____ Rempli par: _____

1) Date de l'accident: 2) Heure de l'accident:

3) Salle/service où les faits se sont produits: _____

4) Service d'emploi: _____

5) A quelle catégorie professionnelle appartient le travailleur touché: (ne cocher qu'une seule case)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1 Médecin (consultant/stagiaire); spécialisation _____ | <input type="checkbox"/> 10 Technicien labo clinique |
| <input type="checkbox"/> 2 Médecin (médecin-chef interne/médecin interne), spécialisation _____ | <input type="checkbox"/> 11 Technicien (hors labo) |
| <input type="checkbox"/> 3 Etudiant en médecine | <input type="checkbox"/> 12 Dentiste |
| <input type="checkbox"/> 4 Infirmier, spécifiez | <input type="checkbox"/> 13 Hygiéniste/infirmier dentaire |
| <input type="checkbox"/> 5 Etudiant infirmier | <input type="checkbox"/> 14 Personnel de cuisine |
| <input type="checkbox"/> 18 Aide sanitaire/soignant | <input type="checkbox"/> 19 Personnel de buanderie |
| <input type="checkbox"/> 6 Kinésithérapeute | <input type="checkbox"/> 20 Sécurité/portier/accueil |
| <input type="checkbox"/> 7 Assist./pers quartier opérat. | <input type="checkbox"/> 16 Ambulancier |
| <input type="checkbox"/> 8 Entretien | <input type="checkbox"/> 17 Autre étudiant |
| <input type="checkbox"/> 9 Phlébotomiste/Ponction veineuse/Equipe IV/prise de sang | <input type="checkbox"/> 15 Autre, spécifiez: _____ |

6) Où a eu lieu l'exposition? (ne cocher qu'une seule case)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1 Chambre/salle du patient | <input type="checkbox"/> 10 Mesures fonctionnelles (rayons X, ECG, etc.) |
| <input type="checkbox"/> 2 Hors chambre patient (couloir, poste infirmier, salle de soins) | <input type="checkbox"/> 11 Laboratoires cliniques |
| <input type="checkbox"/> 3 Service d'urgences (premiers soins) | <input type="checkbox"/> 12 Morgue/anatomopathologie |
| <input type="checkbox"/> 4 Service de soins intensifs/critiques: quel type: _____ | <input type="checkbox"/> 13 Entretien/commodités (buanderie, réserve centrale, sas de chargement, etc.) |
| <input type="checkbox"/> 5 Salle d'opération/de réveil | <input type="checkbox"/> 16 Salle de travail et d'accouchement |
| <input type="checkbox"/> 6 Polyclinique/consultations/bureau | <input type="checkbox"/> 17 Centre de jour |
| <input type="checkbox"/> 7 Banque de sang | <input type="checkbox"/> 14 Autre, spécifiez: _____ |
| <input type="checkbox"/> 8 Prise de sang | |
| <input type="checkbox"/> 9 Unité de dialyse (hémodialyse et dialyse péritonéale) | |

7) Le patient source était-il identifiable? (ne cocher qu'une seule case)

- | | | | |
|--------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 1 Oui | <input type="checkbox"/> 2 Non | <input type="checkbox"/> 3 Inconnu | <input type="checkbox"/> 4 Ne s'applique pas |
|--------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|--|

8) Quels liquides corporels étaient impliqués dans l'exposition? (cocher tout ce qui est d'application)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Sang et produits sanguins | <input type="checkbox"/> Liquide péritonéal |
| <input type="checkbox"/> Vomissure | <input type="checkbox"/> Liquide pleural |
| <input type="checkbox"/> Crachat | <input type="checkbox"/> Liquide amniotique |
| <input type="checkbox"/> Salive | <input type="checkbox"/> Urine |
| <input type="checkbox"/> Liquide céphalorachidien | <input type="checkbox"/> Autre, spécifiez: _____ |

Présence visible de sang dans le liquide corporel? 1 Oui 2 Non 3 Inconnu

9) Partie du corps exposée: (cocher tout ce qui est d'application)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Peau intacte | <input type="checkbox"/> Nez (muqueuse) |
| <input type="checkbox"/> Peau lésée | <input type="checkbox"/> Bouche (muqueuse) |
| <input type="checkbox"/> Yeux (conjonctive) | <input type="checkbox"/> Autre, spécifiez: _____ |

10) Le sang ou le liquide corporel: (cocher tout ce qui est d'application)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> A touché la peau non protégée | <input type="checkbox"/> A traversé les vêtements protecteurs ou isolants |
| <input type="checkbox"/> A touché la peau par une ouverture dans les vêtements protecteurs | <input type="checkbox"/> A traversé les vêtements |

11) Quel était le vêtement de protection porté au moment de l'exposition: (cocher tout ce qui est d'application)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Paire de gants simple | <input type="checkbox"/> Masque opératoire |
| <input type="checkbox"/> Paire de gants double | <input type="checkbox"/> Tablier opératoire |
| <input type="checkbox"/> Lunettes de protection | <input type="checkbox"/> Tablier plastique |
| <input type="checkbox"/> Lunettes | <input type="checkbox"/> Tablier de laboratoire en tissu (pas un vêtement protecteur) |
| <input type="checkbox"/> Lunettes à écran latéral | <input type="checkbox"/> Tablier de laboratoire, autre |
| <input type="checkbox"/> Ecran facial | <input type="checkbox"/> Autre, spécifiez: _____ |

12) L'exposition était-elle la conséquence de: (ne cocher qu'une seule case)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1 Contact direct avec le patient | <input type="checkbox"/> 5 Eclaboussure/fuite autre conteneur à liquides corporels |
| <input type="checkbox"/> 2 Fuite/éclaboussure d'un conteneur à spécimen | <input type="checkbox"/> 6 Contact surface/équipement contaminé |
| <input type="checkbox"/> 3 Bris d'un conteneur à spécimen | <input type="checkbox"/> 7 Contact draps/couvertures/vêtements etc. contaminés |
| <input type="checkbox"/> 4 Fuite, cassure de ligne, sac, pompe IV | <input type="checkbox"/> 8 Inconnu |
| <input type="checkbox"/> 10 Déconnexion/fuite/éclaboussure tuyau alim./ventilat./autre
Quel tuyau: _____ | <input type="checkbox"/> 9 Autre, spécifiez: _____ |

Si défectuosité de l'équipement, le fabricant de produit: _____

EXPOSURE PREVENTION
INFORMATION NETWORK

EPINet is a trademark of the University of Virginia.
Windows is a registered trademark of
Microsoft Corporation in the United States and/or other countries.
Operates in Windows 95 and Windows 98 Environments.
© 2000 Becton, Dickinson and Company.

V1.2 Democratic Republic of Congo 7/2009

13) Combien de temps a duré le contact entre le sang ou le liquide corporel et votre peau ou muqueuse? (ne cocher qu'une seule case)

- 1 Moins de 5 minutes
- 2 De 5 à 14 minutes
- 3 De 15 minutes à 1 heure
- 4 Plus d'une heure

14) Quelle quantité de sang/liquide corporel est entrée en contact avec votre peau ou muqueuse? (ne cocher qu'une seule case)

- 1 Petite quantité (jusque 5 ml)
- 2 Quantité moyenne (jusque 50 ml)
- 3 Grande quantité (plus de 50 ml)

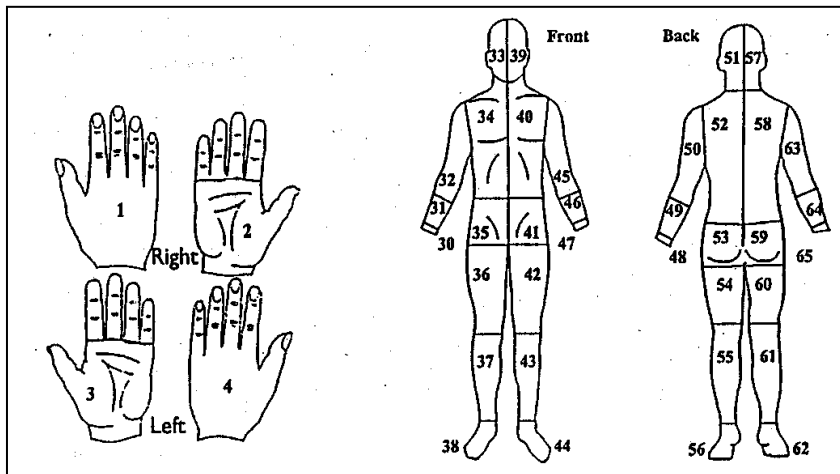
15) Localisation de l'exposition:

Mentionnez le numéro de maximum trois parties du corps exposées dans l'espace blanc ci-dessous.

Plus grande partie exposée: _____

Partie exposée moyenne: _____

Plus petite partie exposée: _____



16) Avez-vous été vacciné contre l'hépatite B? (cocher tout ce qui est d'application)

- 1 Oui, 3 doses
- 2 Seulement une ou deux doses
- 3 Non
- 4 Ne s'applique pas

17) Décrivez dans quelles circonstances l'exposition s'est produite (spécifiez si un mauvais fonctionnement du matériel a joué un rôle):

Frais:

_____ Frais de laboratoire (VHB, VHC, VIH, autres tests)
 _____ travailleur
 _____ source
 _____ Traitement prophylaxie (IGHB, Vaccin HB, tétanos, autres)
 _____ travailleur
 _____ source
 _____ Frais administratifs (Service d'urgences, employé médecine du travail, autres)
 _____ Autres frais (indemnités travailleur, opération, autres)
 _____ TOTAL

Est-ce reportable incident à la gouvernement? 1 Oui 2 Non 3 Inconnu

Si, oui, Jours de travail? _____
 Jours d'activité restreinte: _____

Une intervention médicale ou chirurgicale était-elle nécessaire, ou y a-t-il eu décès dans les 10 jours?

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 Inconnu