

Rapport d'exposition au sang ou à d'autres liquides biologiques

EPINet^{MC}

POUR MICROSOFT^{MD} ACCESS

EXPOSURE PREVENTION
INFORMATION NETWORK

RÉSEAU D'INFORMATION PRÉVENTIVE
SUR LES EXPOSITIONS
PROFESSIONNELLES

Nom : _____ Prénom : _____

N° d'incident (pour usage adm.) : B _____ N° d'établissement (pour usage adm.) : _____ Rempli par : _____

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

3) Unité ou service où l'incident a eu lieu : _____

4) Service dont relève l'employé : _____

5) Catégorie professionnelle du 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 Étudiant en médecine | <input type="checkbox"/> 12 Dentiste |
| <input type="checkbox"/> 4 Infirmier, précisez \implies <input type="checkbox"/> 1 Direction | <input type="checkbox"/> 13 Hygiéniste dentaire |
| <input type="checkbox"/> 5 Étudiant infirmier <input type="checkbox"/> 2 Infirmier | <input type="checkbox"/> 14 Personnel d'entretien ménager |
| <input type="checkbox"/> 21 Inf. sage-femme <input type="checkbox"/> 3 Spécialiste-inf. conseil | <input type="checkbox"/> 19 Personnel de buanderie |
| <input type="checkbox"/> 6 Inhalothérapeute <input type="checkbox"/> 4 Infirmier-chef ou ass.-chef | <input type="checkbox"/> 20 Sécurité/portier/accueil |
| <input type="checkbox"/> 7 Assist./pers. bloc opératoire <input type="checkbox"/> 6 TPO/équipe volante | <input type="checkbox"/> 16 Personnel paramédical |
| <input type="checkbox"/> 8 Autre assistant | <input type="checkbox"/> 17 Autre étudiant |
| <input type="checkbox"/> 9 Phlébotomiste/ponction veineuse/équipe IV | <input type="checkbox"/> 15 Autre, précisez : _____ |

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

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1 Chambre du patient | <input type="checkbox"/> 9 Unité de dialyse (hémodialyse et dialyse péritonéale) |
| <input type="checkbox"/> 2 En dehors de la chambre du patient (couloir, poste infirmier, etc.) | <input type="checkbox"/> 10 Salle d'examen (radiologie, ÉCG, etc.) |
| <input type="checkbox"/> 3 Salle d'urgence | <input type="checkbox"/> 11 Laboratoires cliniques |
| <input type="checkbox"/> 4 Unité de soins intensifs/critiques : quel type : _____ | <input type="checkbox"/> 12 Salle d'autopsie/anatomopathologie |
| <input type="checkbox"/> 5 Salle d'opération ou de réveil | <input type="checkbox"/> 13 Services auxiliaires (buanderie, approv., sas de chargement, etc.) |
| <input type="checkbox"/> 6 Clinique ou bureau de consultations externes | <input type="checkbox"/> 16 Salle de travail et d'accouchement |
| <input type="checkbox"/> 7 Banque de sang | <input type="checkbox"/> 17 Médecine ambulatoire/chirurgie d'un jour |
| <input type="checkbox"/> 8 Centre de prélèvements sanguins | <input type="checkbox"/> 14 Autre, précisez : _____ |

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

- 1 Oui 2 Non 3 Inconnu 4 Sans objet

8) À quels liquides biologiques le travailleur a-t-il été exposé ? (cocher toutes les réponses qui s'appliquent)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Sang ou produits sanguins | <input type="checkbox"/> Liquide péritonéal |
| <input type="checkbox"/> Vomissures | <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, précisez : _____ |

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

9) Partie du corps exposée : (cocher toutes les réponses qui s'appliquent)

- | | |
|---|--|
| <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, précisez : _____ |

10) Le sang ou le liquide biologique... (cocher toutes les réponses qui s'appliquent)

- | | |
|---|--|
| <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 toutes les réponses qui s'appliquent)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Simple paire de gants, latex/vinyle/nitrile | <input type="checkbox"/> Masque chirurgical |
| <input type="checkbox"/> Double paire de gants, latex/vinyle/nitrile | <input type="checkbox"/> Sarrau stérile pour bloc opératoire |
| <input type="checkbox"/> Lunettes de sécurité | <input type="checkbox"/> Tablier en plastique |
| <input type="checkbox"/> Lunettes (non protectrices) | <input type="checkbox"/> Sarrau de laboratoire en tissu (non protecteur) |
| <input type="checkbox"/> Lunettes à écrans latéraux | <input type="checkbox"/> Sarrau de laboratoire, autre |
| <input type="checkbox"/> Écran facial | <input type="checkbox"/> Autre, précisez : _____ |

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 Renversement ou fuite d'un contenant d'autre liquide biologique |
| <input type="checkbox"/> 2 Fuite ou renversement d'un contenant à échantillon | <input type="checkbox"/> 6 Contact avec surface ou matériel contaminé |
| <input type="checkbox"/> 3 Bris d'un contenant à échantillon | <input type="checkbox"/> 7 Contact avec draps, couvertures, sarraus, etc. contaminés |
| <input type="checkbox"/> 4 Fuite ou bris de tubulure IV, d'un sac ou d'une poche, d'une pompe IV | <input type="checkbox"/> 8 Inconnu |
| <input type="checkbox"/> 10 Détachement, fuite ou éclaboussure d'un tube d'alimentation, de ventilation ou autre | <input type="checkbox"/> 9 Autre, précisez : _____ |
- Quel tube : _____

S'il s'agit d'une défaillance du matériel, veuillez préciser :

Type de dispositif : _____

Fabricant : _____

EPINet est une marque de commerce de l'Université de Virginie.
Windows est une marque déposée de
Microsoft Corporation aux États-Unis et (ou) dans d'autres pays.
Compatible avec Windows 95, Windows 98 et plus.
© 2000 BD and Company.
V2.1 Québec

(05/2008)

13) Combien de temps a duré le contact entre le sang ou le liquide biologique 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 ou de liquide biologique est entrée en contact avec votre peau ou muqueuse ? (ne cocher qu'une seule case)

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

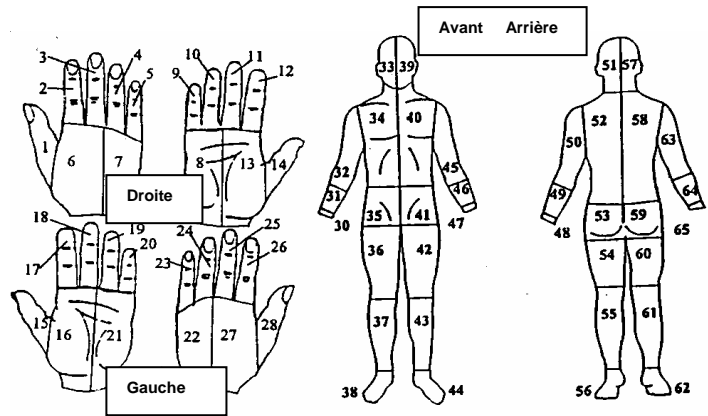
15) Parties du corps exposées :

Indiquez jusqu'à trois parties du corps exposées dans les espaces blancs ci-dessous.

Plus grande partie exposée : _____

Partie moyennement exposée : _____

Plus petite partie exposée : _____



16) Décrivez les circonstances de l'exposition (mentionnez si la défaillance du dispositif a joué un rôle) :

17) Pour le travailleur blessé : Pensez-vous qu'une autre mesure d'ingénierie, une mesure administrative ou une procédure en milieu de travail aurait pu prévenir la blessure ? 1 Oui 2 Non 3 Inconnu

Précisez : _____

Frais :

- _____ Frais de laboratoire (VHB, VHC, VIH, autres)
- _____ Travailleur de la santé
- _____ Source
- _____ Frais de prophylaxie (IgHB, vaccin anti-HB, antitétanique, autres)
- _____ Travailleur de la santé
- _____ Source
- _____ Frais administratifs (service d'urgence, employé médecine du travail, autres)
- _____ Autres frais (indemnités au travailleur, chirurgie, autres)
- _____ TOTAL (arrondi au dollar près)

Cet incident doit-il être déclaré à la CSST ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 Inconnu

Dans l'affirmative :

Nombre de journées d'absence : _____

Nombre de journées avec restrictions de tâches : _____