

Postcure



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.
V1.1/Democratic Republic of Congo

7/2009

Incident no.: (uniquement pour usage adm.) _____

Institution no.: (uniquement pour usage adm.) _____

Date de l'incident: __/__/____

Patient source: _____

1) Le patient source était-il identifiable?

- 1 source connue et testée 2 source connue mais non testée, motif: _____ 3 source inconnue

2) Le patient source était-il positif pour les pathogènes ci-dessous? (même si testé avant cette exposition?)

Pathogène	Test (entourez)	Résultat (entourez le résultat)			Date du prélèvement
Hépatite B	AgHBs	1 positif	2 négatif	3 non testé	__/__/____
	AgHBe	1 positif	2 négatif	3 non testé	
	Anti-HBs	1 positif	2 négatif	3 non testé	
	Anti-HBc	1 positif	2 négatif	3 non testé	
	Autre	1 positif	2 négatif	3 non testé	
Hépatite C	EIA Anti-VHC	1 positif	2 négatif	3 non testé	__/__/____
	PCR-VHC	1 positif	2 négatif	3 non testé	
	ARN	1 positif	2 négatif	3 non testé	
	Autre	1 positif	2 négatif	3 non testé	
VIH	Anti-VIH	1 positif	2 négatif	3 non testé	__/__/____
	# cellules CD4	comptage _____		3 non testé	
	Taux d'antigènes	copies ARN/ml _____		3 non testé	
	Autre	_____			
Autre	_____			__/__/____	

3) Si le patient source est suspecté d'appartenir à un groupe à haut risque de pathogènes véhiculés par le sang, cocher ce qui est d'application:

- Receveur produit sanguin Enzymes élevés Sexuel Dialyse
 Utilisation drogues injectées Hémophilie Autre, Spécifiez: _____

4) Si le patient source était positif VIH, a-t-il été traité à l'aide d'un des médicaments suivants avant l'exposition?

- Inconnu 3TC IDV
 AZT ddC Autre substance antirétrovirale: _____

5) Notes complémentaires patient source: _____

Professionnel de la santé:

1) Travailleur vu par: 1 Médecin du travail 2 Urgences 3 Autre, Spécifiez: _____

2) Le travailleur était-il vacciné contre le VHB avant l'exposition?

- 0 Non 1-Dose 2 Doses 3 Doses 4 Doses 99 Plus de 4 Doses
Si oui, titre d'anticorps après vaccination, si testé: _____ Date du test: __/__/____

2a) La victime était-elle enceinte?

- 1 Oui 2 Non 3 Sans objet
Si oui, quel trimestre? 1 Premier 2 Second 3 Troisième

3) Résultats des tests initiaux:

Pathogène	Test (entourez)	Résultat (entourez le résultat)			Date du prélèvement
Hépatite B	AgHBs	1 positif	2 négatif	3 non testé	__/__/____
	AgHBe	1 positif	2 négatif	3 non testé	
	Anti-HBs	1 positif	2 négatif	3 non testé	
	Anti-HBc	1 positif	2 négatif	2 non testé	
	Autre	1 positif	2 négatif	2 non testé	
Hépatite C	Anti-VHC EIA	1 positif	2 négatif	3 non testé	__/__/____
	Anti-VHC supp.	1 positif	2 négatif	3 non testé	
	_____	1 positif	2 négatif	3 non testé	
	Autre	1 positif	2 négatif	3 non testé	
VIH	Anti-VIH	1 positif	2 négatif	3 non testé	__/__/____
Autre	_____	1 positif	2 négatif	3 non testé	__/__/____
Autre	_____	1 positif	2 négatif	3 non testé	__/__/____

Evaluation des risques pour la santé des travailleurs: Haut: _____ Bas: _____ __/__/____

4) Entourez tout traitement/prophylaxie postexpositionnelle administrée au travailleur et INDIQUEZ LES DOSES

Traitement	Dose	Date d'administration	Durée / Remarques
IGHB	1. _____	__/__/____	_____
	2. _____	__/__/____	_____
Vaccin VHB	1. _____	__/__/____	_____
	2. _____	__/__/____	_____
	3. _____	__/__/____	_____
	Booster: _____	__/__/____	_____
Antirétrov. VIH, lequel: _____	__/__/____	_____	
Antirétrov. VIH, lequel: _____	__/__/____	_____	
Antirétrov. VIH, lequel: _____	__/__/____	_____	
Autre, lequel (Tétanos) _____	__/__/____	_____	

L'adhésion (estimation 0 – 100%): _____%

5) Résultat des tests postcure: (Espace pour résultats de tests répétés, les protocoles de test peuvent cependant différer selon les institutions.)

Pathogène	Test (entourez)	Résultat (entourez résultat)			Date prélèvement	
Hépatite B	Série 1	AgHBs	1 positif	2 négatif	3 non testé	__/__/____
		Anti-HBs	1 positif	2 négatif	3 non testé	
		Anti-HBc	1 positif	2 négatif	3 non testé	
	Série 2	AgHBs	1 positif	2 négatif	3 non testé	__/__/____
		Anti-HBs	1 positif	2 négatif	3 non testé	
		Anti-HBc	1 positif	2 négatif	3 non testé	
	Série 3	AgHBs	1 positif	2 négatif	3 non testé	__/__/____
		Anti-HBs	1 positif	2 négatif	3 non testé	
		Anti-HBc	1 positif	2 négatif	3 non testé	
Hépatite C	Anti-VHC (test 1)	1 positif	2 négatif	3 non testé	__/__/____	
	Anti-VHC (test 2)	1 positif	2 négatif	3 non testé		
VIH	Anti-VIH (test 1)	1 positif	2 négatif	3 non testé	__/__/____	
	Anti-VIH (test 2)	1 positif	2 négatif	3 non testé	__/__/____	
	Anti-VIH (test 3)	1 positif	2 négatif	3 non testé	__/__/____	
	Anti-VIH (test 4)	1 positif	2 négatif	3 non testé	__/__/____	
Autre	_____	1 positif	2 négatif	3 non testé	__/__/____	
Autre	_____	1 positif	2 négatif	3 non testé	__/__/____	

6) Remarques complémentaires:

7) Les interventions effectuées dans le lieu de travail:

Prophylaxie commencé? 1 Yes 2 No

Si non, préciser: _____

Non observance du traitement, de préciser la raison: _____

