

SURVEILLANCE NATIONALE DES AES - RAISIN 2008-2010

Fiche de Recueil numéro : |__| |__| |__|

On définit comme accident avec exposition au sang, tout contact percutané (piqûre, coupure) ou muqueux (œil, bouche) ou sur peau lésée (eczéma, plaie) avec du sang ou un produit biologique contenant du sang pour lesquels le risque viral est prouvé. Pour d'autres liquides, le risque (VIH et VHB) est considéré comme possible à savoir les liquides céphalo-rachidien, synovial, pleural, péritonéal, péricardique et amniotique (rapport Dormont 1996) et il paraît de ce fait logique de considérer les expositions à risque à ces produits même non visiblement souillés de sang comme des AES.

<p>1 ● DELAI en heure de prise en charge : ____ ● CCLIN : _____</p> <p>2bis ● ETABLISSEMENT : _____ 3 ● SPECIALITE : _____</p> <p>4 ● FONCTION : _____</p> <p>5 ● ÂGE (en année) : __ __ 6 ● SEXE : Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/></p> <p>7 ● ANCIENNETÉ DANS LE SERVICE (en année) : __ __ (88 si intérimaire)</p> <p>8 ● STATUT VACCINAL HEPB : Vacciné <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Non Vacciné <input type="checkbox"/></p> <p>9 ● STATUT IMMUNITAIRE HEPB : Immunisé <input type="checkbox"/> Non Immunisé <input type="checkbox"/> Inconnu <input type="checkbox"/></p>	<p>1 __ __ 2 __ </p> <p>2bis __ __ __ __ 3 __ __ __ </p> <p>4 __ __ __ __ </p> <p>5 __ __ 6 __ </p> <p>7 __ __ </p> <p>8 __ </p> <p>9 __ </p>
CIRCONSTANCES DE L'ACCIDENT	
<p>10 ● DATE de l'accident : ____ / ____ / ____</p>	<p>10 __ __ __ __ __ __ </p>
<p>11 ● NATURE DE L'EXPOSITION</p> <p>PIQÛRE (aiguille) <input type="checkbox"/> COUPURE (lame, bistouri,...) <input type="checkbox"/></p> <p style="padding-left: 40px;">Superficielle <input type="checkbox"/> Profonde <input type="checkbox"/></p> <p>PROJECTION de sang ou liquide biologique souillé de sang sur :</p> <p>Yeux <input type="checkbox"/> Visage <input type="checkbox"/> Peau lésée <input type="checkbox"/> Griffures ou morsures <input type="checkbox"/></p>	<p>11 __ __ __ </p>
<p>12 ● AIDE A UNE PROCEDURE : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>12bis ● TACHE EN COURS : _____</p> <p>_____</p>	<p>12 __ </p> <p>12bis __ __ __ __ __ </p>
<p>13 ● MÉCANISME DE L'ACCIDENT : _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>13 __ __ __ __ </p>
<p>14 ● AGENT SEUL EN CAUSE <input type="checkbox"/> OU BLESSE PAR COLLÈGUE <input type="checkbox"/></p> <p style="padding-left: 150px;">PAR MALADE <input type="checkbox"/></p>	<p>14 __ </p>
<p>● Circonstances en clair : _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	
MATERIEL(S) EN CAUSE :	
<p>15 ● TYPE ET MARQUE DE MATERIEL (1) _____</p> <p>_____ 16 ● Si collecteur : Volume en litres : _____</p> <p>17 ● Si matériel de sécurité, avait-il été activé ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>18 ● TYPE ET MARQUE DE MATERIEL (2) : _____</p> <p>_____</p> <p>19 ● Si matériel de sécurité, avait-il été activé ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p>	<p>15 __ __ __ __ __ </p> <p>16 __ __ . __ __ </p> <p>17 __ </p> <p>18 __ __ __ __ __ </p> <p>19 __ </p>

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

