

| 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"/> <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"/> <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"/> <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"/> <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"/> <input type="checkbox"/> |
| 26 ● Si sérologie VHC positive, virémie par PCR | 26 <input type="checkbox"/> <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"/> <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"/> <input type="checkbox"/> |
| 29 ● Antiseptique Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | 29 <input type="checkbox"/> <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"/> <input type="checkbox"/> |
| 31 ● Un suivi sérologique a-t-il été programmé ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | 31 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 32 ● Un TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE a-t-il été initié ? : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | 32 <input type="checkbox"/> <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"/> |
| 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"/> |
| 35 ● Modification du traitement Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | 35 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 36 ● Motif interruption : _____ | 36 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| ● Commentaires libres : _____ _____ _____ _____ _____ | |

