



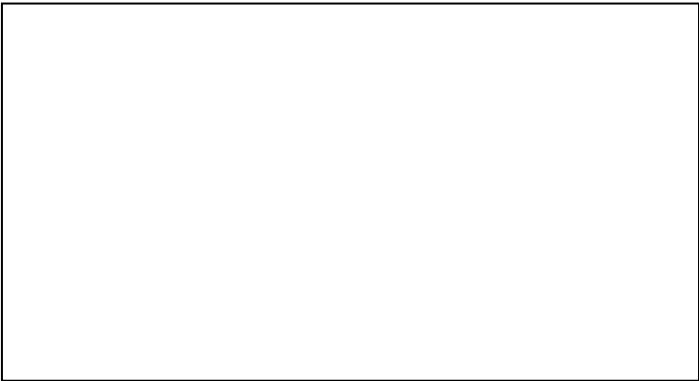
CHU Sainte-Justine
Le centre hospitalier
universitaire mère-enfant

Pour l'amour des enfants

Université
de Montréal



HSJ-0052



PERSONNE-SOURCE - EXPOSITION ACCIDENTELLE AUX LIQUIDES BIOLOGIQUES CHEZ L'ENFANT
PROTOCOLE POST-EXPOSITION

La personne-source est-elle connue ? Oui Non

PERSONNE-SOURCE : COORDONNÉES

Nom-Prénom- Téléphone : _____

Autres informations pertinentes (Lien de parenté, md traitant-clinique, no dossier médical) :

PERSONNE-SOURCE : EVALUATION DES FACTEURS DE RISQUE

- Comportement sexuel à risque élevé Oui Non Inconnu
- Contact sexuel d'une personne connue infectée Oui Non Inconnu
- Utilisateur de drogues injectables Oui Non Inconnu
- Tatouage / "body piercing" Oui Non Inconnu
- Personne sous dialyse Oui Non Inconnu
- Originaire d'un pays endémique Oui Non Inconnu
- Receveur de produits sanguins Oui Non Inconnu
(entre les années 1978 à 1985 -VIH ou < 1990 -VHC)

PERSONNE-SOURCE : STATUT SÉROLOGIQUE

- Hépatite B**
 - HBsAg positif négatif Inconnu Date : _____
 - HBeAg positif négatif Inconnu Date : _____
- Hépatite C**
 - Anti VHC positif négatif Inconnu Date : _____
 - Alt/Ast élevé normal Inconnu Date : _____
- VIH**
 - Anti VIH positif négatif Inconnu Date : _____
 - Charge virale élevé normal Inconnu Date : _____

Autres informations pertinentes dans le cas d'une personne source connue VIH positif
(Charge virale (# copie/ml), Décompte des CD4, Résistance de la souche du VIH, Traitement actuel) :

Signature du médecin: _____ Date et heure: _____



HSJ-0052

Nom, prénom: _____

Dossier: _____

PERSONNE-SOURCE : CONSULTATION DU DOSSIER MÉDICAL

Je reconnais avoir été informé du motif de la demande de consultation de mon dossier médical, à la suite de l'exposition accidentelle d'une personne à mon sang ou autre liquide biologique comportant risque de transmission de l'hépatite B, l'hépatite C ou le VIH.

Je comprends que la consultation de mon dossier ne vise que les informations pertinentes soit la possibilité que je sois infecté par les virus des hépatites B et C et du VIH.

- J'autorise la consultation de mon dossier médical dans ce contexte.
- Je refuse toute consultation de mon dossier médical en regard de l'accident.

Signature personne source ou du parent ou tuteur légal: _____

Signature du témoin: _____ Date : _____

PERSONNE-SOURCE : CONSENTEMENT AUX PRÉLÈVEMENTS SANGUINS

Je comprends que les résultats de mes prélèvements sanguins serviront à déterminer mon statut quant à l'infection par le VIH et aux hépatites B et C. Le médecin prendra les dispositions nécessaires pour que j'aie accès aux résultats.

- J'autorise l'Hôpital Ste-Justine à procéder à une prise de sang.
- Je refuse tout prélèvement en regard de l'accident.

Signature personne source ou du parent ou tuteur légal: _____

Signature du témoin: _____ Date : _____

PERSONNE-SOURCE : SUIVI DES RÉSULTATS

Date : _____ Lieu du prélèvement : _____ No dossier : _____

RÉSULTATS : HBsAg: _____ Anti-HBs: _____ Anti HCV: _____ Anti VIH: _____

COMMENTAIRES :

Signature : _____ Date : _____