

Rapport sur les piqûres accidentelles avec des aiguilles ou les éclaboussures de liquides organiques

Madame,
Monsieur,

Nous vous remercions d'avoir récemment soumis le formulaire 7. Nous avons besoin de plus amples renseignements pour traiter cette demande. Veuillez nous fournir les renseignements suivants :

Nom du travailleur :	Nom de l'employeur :
Date de l'accident :	Dossier n° :

A. Renseignements sur l'exposition

Type de lésion : (Cochez toutes les réponses pertinentes.) Piqûre avec une aiguille : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Éclaboussure : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Autres : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Description : 	Siège de la lésion : (Cochez toutes les réponses pertinentes.) <input type="checkbox"/> Doigt <input type="checkbox"/> Main <input type="checkbox"/> Bras <input type="checkbox"/> Bas de la jambe <input type="checkbox"/> Haut de la jambe <input type="checkbox"/> Percutanée <input type="checkbox"/> Membrane muqueuse <input type="checkbox"/> Peau La peau était-elle intacte avant la perforation? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
---	--

Agent causal de la lésion : (Cochez toutes les réponses pertinentes.)

<input type="checkbox"/> Infectieux : <input type="checkbox"/> Sang	<input type="checkbox"/> Potentiellement infectieux : <input type="checkbox"/> Sperme	<input type="checkbox"/> Liquide synovial	<input type="checkbox"/> Liquide céphalo-rachidien
<input type="checkbox"/> Liquide avec traces de sang visibles	<input type="checkbox"/> Sécrétions vaginales	<input type="checkbox"/> Liquide péricardique	

Volume du liquide injecté : (Cochez toutes les réponses pertinentes.) <input type="checkbox"/> Instrument creux <input type="checkbox"/> Instrument pointu solide <input type="checkbox"/> Aiguille à injection <input type="checkbox"/> Instrument d'aspiration	Instrument pointu utilisé : (Cochez toutes les réponses pertinentes.) <input type="checkbox"/> Artère <input type="checkbox"/> Veine <input type="checkbox"/> Tissu sous-cutané <input type="checkbox"/> Voie intramusculaire
--	---

B. Matière de base et risque de transmission

Selon votre enquête, veuillez fournir votre meilleure estimation possible des risques reliés à cette lésion. (Cochez les cases appropriées.)

Risque de VIH : <input type="checkbox"/> Faible <input type="checkbox"/> Moyen <input type="checkbox"/> Élevé	Risque d'hépatite B ou C : <input type="checkbox"/> Faible <input type="checkbox"/> Moyen <input type="checkbox"/> Élevé
La matière de base contient : <input type="checkbox"/> Virus de l'immunodéficience humaine (VIH) <input type="checkbox"/> Virus de l'hépatite C (VHC) <input type="checkbox"/> Virus de l'hépatite B (VHB) <input type="checkbox"/> Inconnu	

C. Soins médicaux

Cochez toutes les cases appropriées et fournissez des détails si possible :

<input type="checkbox"/> Services de santé pour les employés	Veuillez fournir la date :
<input type="checkbox"/> Date de l'urgence à l'hôpital :	Veuillez fournir le nom et l'adresse : Date :
<input type="checkbox"/> Date de la consultation du médecin de famille :	Veuillez fournir le nom et l'adresse : Date :
Orientation vers un spécialiste des maladies infectieuses? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Veuillez fournir le nom et l'adresse : Date :

Le travailleur a reçu :

Médicament PPE contre le VIH : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Vaccin contre le VHB : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Vaccin contre le tétanos : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
--	--	--

Date de la dernière injection de rappel :

Rendez-vous/test de suivi :

Lorsque vous communiquez avec la CSPAAAT, indiquez le numéro de dossier

**Rapport sur les piqûres accidentelles
avec des aiguilles ou les éclaboussures
de liquides organiques**

Dossier n°

D. Prévention

Le travailleur a-t-il reçu ce qui suit? (Cochez toutes les réponses pertinentes.)

Services de counseling : Oui Non Si oui, auprès de qui?

Discussion sur les mesures préventives : Oui Non Si oui, auprès de qui?

Soutien suivi : Oui Non Si oui, auprès de qui?

Le niveau d'anxiété du travailleur est : Faible Moyen Élevé

E. Interruption de travail

Le travailleur s'est-il absenté de son travail depuis que le formulaire 7 a été rempli?

Oui Non Si oui : Du _____ au _____

**Veillez remplir ce questionnaire et le télécopier dans un délai de 72 heures à la CSPAAAT,
Programme des maladies professionnelles et des prestations de survivant.**

Télé : 416-344-2380 Télé (sans frais) : 1-866-268-7797