

Annexe 47. Formulaire médical de déclaration d'AES au cours d'une campagne de vaccination

Télécharger '[Formulaire confidentiel](#)' (document PDF)

Formulaire confidentiel à remplir par le médecin ayant pris en charge la personne exposée et à établir en deux exemplaires (un pour la personne exposée, un pour le médecin déclarant).

Personne exposée

Nom et prénom : _____

Date de naissance : _____

Adresse et contact : _____

Description de l'AES

Lieu de survenue : _____

Date : _____ Heure : _____

Type de contact (*piqûre avec aiguille, autre*) _____

Circonstances de l'AES : _____

Description de la blessure (*p.ex. piqûre unique, piqûres multiples*) : _____

En cas d'accident avec une aiguille, préciser la taille de l'aiguille : _____

Durant l'accident :

Port de gants ☐ Oui ☐ Non
(*Si oui, préciser latex, gants de chantier*) _____

Port de lunettes protectrices ☐ Oui ☐ Non

Statut de la personne source

Personne connue ☐ Oui ☐ Non

Sérologie connue ☐ Oui ☐ Non

Si oui, résultats : ☐ Négative ☐ Positive

Si non, résultat de l'évaluation médicale : _____

Prise en chargePremiers soins (*spécifier*) : _____

Traitement prophylactique :

Proposé ☐ Oui ☐ NonPrescrit ☐ Oui ☐ Non

Si non, préciser la raison : _____

Temps écoulé entre l'AES et le début du traitement :

☐ < 4 heures ☐ 4 à 24 heures ☐ > 24 heures - ≤ 72 heures

Autre (préciser) : _____

Traitement prescrit et posologie (*préciser nom et posologie de chaque médicament, durée*) :

Suivi biologique

Les tests suivants sont-ils réalisables dans les 8 jours après l'exposition ?

Test VIH ☐ Oui ☐ NonTest VHC ☐ Oui ☐ NonTest VHB ☐ Oui ☐ Non

Si non, préciser la raison : _____

Remarques

La personne exposée est en incapacité de travail ☐ Oui (*préciser la durée*) _____☐ Non

Date et lieu de la déclaration : _____

Nom et signature du médecin déclarant : _____