

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

Formulaire confidentiel à remplir par le médecin ayant pris en charge la personne exposée et 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 charge

Premiers soins (*spécifier*) : _____

Traitement prophylactique :

Proposé Oui Non

Prescrit 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 Non

Test VHC Oui Non

Test 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 : _____