



Déclaration d'accident de piqûre, coupure, morsure et éclaboussure

Identification

Numéro d'ordre: S

--	--	--	--

DONNEES MEDICALES

(destiné au médecin de travail)

1. L'employée était-elle enceinte ? ¹ O Oui ² O Non

A. Suivi standard

2. VHB-Sérostatus employé(e) : (ne cochez qu'une seule case)

¹ O Séropositif (immunité naturelle)

⁴ O Séronégatif (après vaccination = 10 mE/ml)

² O Séropositif (après vaccination >10mE/ml)

⁵ O Vaccination en cours

³ O Séronégatif (pas de vaccination)

⁶ O Non testé

3. Sérologie immédiatement après l'accident Date du prélèvement:

--	--

--	--	--	--

 (jj/mm/aaaa)

	Pos	Nég	Non testé
3a Anti-VIH :	¹ O	² O	³ O
3b Anti-VHC :	¹ O	² O	³ O
3c Anti-HBs :	¹ O	² O	³ O
3d Anti-HBc :	¹ O	² O	³ O
3e Autres (spécifiez):	¹ O	² O	³ O:

4. Sérologie après 6 mois Date du prélèvement

--	--

--	--	--	--

 (jj/mm/aaaa)

	Pos	Nég	Non testé
33a Anti-VIH:	¹ O	² O	³ O
33b Anti-VHC :	¹ O	² O	³ O
33c Anti-HBs :	¹ O	² O	³ O
33d Anti-HBc:	¹ O	² O	³ O
33e Autres (spécifiez):	¹ O	² O	³ O

B. Follow-up après une source positive connue

HEPATITE B

5. VHB Immunoglobulines administrées: ¹ O Oui ² O Non

6. VHB vaccination entreprise : ¹ O Oui ² O Non

VIH

7. PEP administré : ¹ O Oui ² O Non

HEPATITE C

8. Autres tests VHC? ¹ O Oui ² O Non

Si oui, résultats:

9. 1^{er} follow-up Date du prélèvement:

--	--

--	--

--	--	--	--

 (jj/mm/aaaa)

	Pos	Nég	Non testé
9a PCR-HCV(RNA)	¹ O	² O	³ O
9b TGO/TGP	¹ O	² O	³ O
9c Anti-VHC	¹ O	² O	³ O
9c Autres (spécifiez)	¹ O	² O	³ O :

10. 2^{em} follow-up Date du prélèvement:

--	--

--	--

--	--	--	--

 (jj/mm/aaaa)

	Pos	Nég	Non testé
10a PCR-HCV(RNA)	¹ O	² O	³ O
10b TGO/TGP	¹ O	² O	³ O
10c Anti-VHC	¹ O	² O	³ O
10d Autres (spécifiez)	¹ O ²	² O	³ O :

11. 3^{em} follow-up Date du prélèvement: (jj/mm/aaaa)

	Pos	Nég	Non testé
11a PCR-HCV(RNA)	¹ O	² O	³ O
11b TGO/TGP	¹ O	² O	³ O
11c Anti-VHC	¹ O	² O	³ O
11d Autres (spécifiez)	¹ O	² O	³ O :

12. Le traitement a-t il été appliqué? ¹ O Oui ² O Non