|  |
| --- |
| **A. Identification de la personne exposée** |
| **Nom :** |  |  | **Prénom :** |  | **Sexe :**  | **[ ]  masculin** |
| **DDN :** | **/      /** |  | **Téléphone :** |  |  | **[ ]  féminin** |
| **AAAA/MM/JJ** |
| **RAMQ :** |  |  |
|  |
| **B. Description de l’exposition** |
| **Lieu :** |  |  |
| **Date :** | **/      /** |  | **Heure :** |  |  |
| **AAAA/MM/JJ** |
| * **Blessure percutanée**
 |
| **Piqûre¹ :** | **[ ]  oui** | **[ ]  non** | **Si oui :** | **[ ]  profonde** | **[ ]  superficielle (égratignure sans saignement)** |
| **Coupure :** | **[ ]  oui** | **[ ]  non** | **Si oui :** | **[ ]  profonde** | **[ ]  superficielle (égratignure sans saignement)** |
| **Égratignure :** | **[ ]  oui** | **[ ]  non** |
|  |
| **SI OUI :** |
| **Site de la blessure :** |  |  |
| **Avec quel objet? :** | **Aiguille :** | **[ ]  creuse** | **[ ]  pleine** | **Autre objet :** |  |  |
| **Geste impliqué :** | **[ ]  injection :** | **[ ]  I.V.** | **[ ]  I.M.** | **[ ]  S.C.** |
|  | **[ ]  ponction veineuse** |
|  | **[ ]  glucomètre** |
|  | **[ ]  suture** |
|  | **[ ]  aiguille à la traîne - dans un contexte où l’exposition à des personnes infectées au VIH est probable**  **(ex. lieu fréquenté par les UDI, etc.)** |
|  | [ ]  **autre** : |       |  |
| **Sang visible sur instrument :** | **[ ]  oui** | **[ ]  non** | **[ ]  inconnu** |
| **Saignement après l’exposition :** | **[ ]  absent** | **[ ]  peu abondant** | **[ ]  abondant** |
| **Morsure avec bris de peau :** | **[ ]  oui** | **[ ]  non** | **Si oui → RISQUE POUR LE MORDU** |  |
| * **Autres expositions**
 |
| **Contact sur une muqueuse¹** | **[ ]  oui** | **[ ]  non** |  |
| **Contact sur une peau non saine** | **[ ]  oui** | **[ ]  non** |
|  |
| **SI OUI :** |
| **Liquide impliqué :** | **[ ]  sang** | **[ ]  sperme** | **[ ]  sécrétions vaginales** |
|  | **[ ]  liquide séreux (péritonéal, pleural, amniotique, etc.)** |
|  | **[ ]  salive teintée de sang** | **[ ]  tout liquide biologique teinté de sang** |
|  |  |  |
| **Quantité impliquée :** | **[ ]  quelques gouttes** | **[ ]  éclaboussure majeure** |
| **Morsure avec bris de peau :** | **[ ]  oui** | **[ ]  non** | **Si oui → RISQUE POUR LE MORDEUR si présence de sang dans la plaie** |
| * **Barrières physiques**
 |
| **Vêtement :** | **[ ]  Oui** | **[ ]  Non** |  | **Gants :** | **[ ]  Oui** | **[ ]  Non** |  |  |
| **Lunettes** | **[ ]  Oui** | **[ ]  Non** |  | **Autres :** |  |  |
|  |
| **C. Information de la personne ayant rempli ce questionnaire** |
| **Nom de la personne ayant rempli ce questionnaire :** |  |  |
| **Téléphone 1 :** |  | **Téléphone 2 :** |  |  |
| **Signature :** |  | **Date :** | **/      /** |  |
|  | **AAAA/MM/JJ** |

**¹ Incluant le partage de matériel d’injection et d’inhalation** Juin 2018

Votre logo

**Note : Veuillez transmettre ce questionnaire au professionnel de la santé qui réalisera l’évaluation médicale de la personne exposée par télécopieur ou communiquez directement avec ce professionnel.**