|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **A. Identification de la personne exposée** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **Nom :** |  | | | | | |  | **Prénom :** | | |  | | **Sexe :** | | | **masculin** | |  | | | **DDN :** | **/       /** | | | |  | | | |  | | | | | |  | **féminin** | | | | | **AAAA/MM/JJ** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **RAMQ :** | |  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | **Adresse :** | | |  | | | | | | | | | **Code postal :** | |  | | | | |  | | **Téléphone maison :** | | | |  | | **Téléphone bureau :** | | | |  | | **Téléphone cellulaire :** | | | | |  | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **B. Évaluation de l’exposition** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Date de l’exposition :** | | | | **/       /** | | | | | |  | | | | | **Heure de l’exposition :** | | | |  | |  | | |
| **AAAA/MM/JJ** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Date de l’évaluation :** | | | | **/       /** | | | | | |  | | | | | **Heure de l’évaluation :** | | | |  | |  | | |
| **AAAA/MM/JJ** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **C. Information concernant l’exposition (se référer au questionnaire *« Évaluation de l’exposition : Recueil des informations » (annexe 5)* préalablement rempli*)*** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Description de l’événement relié à l’exposition :** | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Lieu où est survenue l’exposition :** | | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Type d’exposition :** | | | **Blessure percutanée** | | | | | | | | | **Muqueuse ou peau non saine** | | | | | | | | | | | |
|  | | | **Morsure avec bris de peau :** | | | | | | | | | | * **mordu : exposition blessure percutanée** | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | | | | * **mordeur : exposition muqueuse** | | | | | | | | | | |
| **Contexte :** | | | **Relié au travail** | | | | | **CNESST :** | | | | | | **Oui** | | **Non** | | | | | | | |
|  | | | **Sexuelle** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | **Partage de matériel d’injection ou d’inhalation** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | **Aiguille à la traîne dans un contexte où l’exposition à des personnes infectées par le VIH est probable (ex. lieu fréquenté par les UDI, etc.)** | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |
|  | | | **Agression** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | **Autre :** | |  | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Si relié au travail :** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | **Précisez le titre d’emploi :** | | | | |  | | | | | | | | | | |  | | | | | |
|  | | **Précisez le nom de l’employeur :** | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Remplir le questionnaire *« Évaluation de l’exposition : Recueil des informations »* (annexe 5) si non rempli** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Autres informations reliées à l’exposition :** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **D. Évaluation de la personne source** | | | | | | | | | |
| **Les renseignements contenus dans cette section ne doivent pas être transmis à personne sauf à un professionnel de la santé.** | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| **Personne source CONNUE : Utiliser le questionnaire *« Recherche de facteurs de risque chez la personne source »* (annexe 6) si possible** | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
|  | **Disponible** | | | | | | | | |
| **Questionnaire complété** | | | | | | | | | |
| **Refus de répondre au questionnaire** | | | | | | | | | |
| **Refuse de subir un prélèvement sanguin** | | | | | | | | | |
|  | | | |  | | | | | |
|  | **Non disponible** | | | | | | | | |
|  | | **Précisez :** |  | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | |
| **Tentative de la rejoindre :** | | | |  | **Date :** | **/       /** | **Heure :** |  |  |
|  | | | | | | **AAAA/MM/JJ** |  | | |
|  | | | | | | | | | |
| **Personne source INCONNUE : Milieu (lieu de l’exposition) considéré à risque?** | | | | | | | | | |
| **Oui** | | | | | | | | | |
| **Lieu fréquenté par des personnes UDI** | | | | | | | | | |
| **Source faisant partie d’un groupe à risque (ex. : HARSAH, pays endémique)** | | | | | | | | | |
| **Milieu de soins** | | | |  | | | | | |
| **Autre, précisez :** | | | |  | | | | |  |
| **Non** | | | |  | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| **E. Évaluation médicale initiale de la personne exposée (JOUR 0)** | | | | | | | | | |
| **1. En regard de la prophylaxie pour l’hépatite B : (vaccin ou immunoglobulines)** | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **Connue porteur HB:** | **Oui→ STOP** | | |  |
|  | **Non\*** | | | |
|  | | | | |
| 1. **Connue avec dosage anti-HBs ≥ 10 UI/L :** | | | **Oui→ STOP** | |
|  | | | **Non\*** | |
|  | | | | |
| 1. **Vaccination contre l’hépatite B :** | | **Oui :** | **Dosage anti-HBS ‹ 10 UI/L *(non répondeur) \**** | |
|  | |  | **Calendrier de vaccination complet1, dosage anti-HBs inconnu\*** | |
|  | |  | **Calendrier de vaccination incomplet1*\**** | |
|  | | **Non\*** |  | |
|  | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***\*Se référer au protocole d’immunisation du Québec (P.I.Q), ,*** [***«Algorithme postexposition à l’hépatite B»***](http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/vaccination/piq-vaccins/hb-vaccin-contre-l-hepatite-b/#algorithme-postexposition) **ou à l’outil** [***«Aide à la décision pour la post exposition à l’hépatite B »***](http://www.msss.gouv.qc.ca/aide-decision/accueil.php?situation=Hepatite-B) ***pour conduite à tenir selon les réponses\****  **1**Selon le calendrier de vaccination utilisé contre l’hépatite B- se référer au Protocole d’immunisation du Québec (P.I.Q), [Vaccins](http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/vaccination/piq-vaccins/hb-vaccin-contre-l-hepatite-b" \l "administration)  [HB : vaccin contre l'hépatite B, section](http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/vaccination/piq-vaccins/hb-vaccin-contre-l-hepatite-b" \l "administration) *[Administration.](http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/vaccination/piq-vaccins/hb-vaccin-contre-l-hepatite-b" \l "administration)* | | | |
| **Prophylaxie non indiquée** | | | |
|  | | | |
| **Prophylaxie indiquée** | | | |
|  | | | |
|  | **Nom** | **Posologie** | **Date**  **AAAA/MM/JJ** |
| **Vaccin contre l’hépatite B** |  |  | **/       /** |
| **Immunoglobulines (HBIG) 2** |  | *(0,6ml/kg)* | **/       /** |

|  |
| --- |
|  |
| **2** Si indiquée,l’administration des immunoglobulines (HBIG) doit être faite le plus tôt possible après le contact-se référer au Protocole d’immunisation du Québec (P.I.Q), [Immunoglobulines HBIg : immunoglobulines contre l'hépatite B, section *Indications*](http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/vaccination/piq-immunoglobulines/hbig-immunoglobulines-contre-l-hepatite-b/#indications) |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **E. Évaluation médicale initiale de la personne exposée (JOUR 0) (suite)** | | | | | | | | |
| **2. En regard de la prophylaxie pour le VIH (thérapie anti-VIH antirétroviraux)**  ***Selon l’exposition, consulter le tableau* *spécifique à chaque type d’exposition du*** [***«Guide pour la prophylaxie et le suivi après une exposition au VIH, au VHB et au VHC»***](http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000319/)***: contact sexuel (p : 12), partage matériel injection (p : 14), morsure humaine (p : 15), muqueuse ou peau non saine (p : 16) et percutanée (p : 17)*** | | | | | | | | |
| **Prophylaxie non indiquée** | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| **Prophylaxie indiquée** | | | | | | | | |
|  | | **Refusée par le patient** | **Raison :** |  | | | |  |
|  | | | | | | | | |
| **Antirétroviraux (Doses suggérées)** | | | | | **Début** | | **Fin prévue** | |
| **Date**  **AAAA/MM/JJ** | **Heure** | **Date**  **AAAA/MM/JJ** | |
| Tenofovir/emtricitabine (*Truvada*) (1 co de 300/200 die)  Raltegravir (*Isentress*) (1 co de 400 bid) | | | | | **/** **/** |  | **/       /** | |
| Tenofovir/emtricitabine (*Truvada*) (1 co de 300/200 die)  Raltegravir HD (*Isentress HD*) (2 co de 600 die) | | | | | **/       /** |  | **/       /** | |
| **Solution de rechange :**  *Peuvent aussi être prescrits d’emblée si disponibles et s’il n’y a aucune contre-indication* | | | | | | | | |
| Tenofovir/emtricitabine (*Truvada*) (1 co de 300/200 die)  Lopinavir/ritonavir *(Kaletra)* (4 co de 200/50 die) | | | | | **/       /** |  | **/       /** | |
| **Autre :** | Enfants de moins de 12 ans - *consulter l’annexe 8 p : 64 du «Guide pour la prophylaxie et le suivi après une exposition au VIH, au VHB et au VHC»* | | | | **/       /** |  | **/       /** | |
| Femme enceinte - *consulter l’annexe 7 p : 61 du «Guide pour la prophylaxie et le suivi après une exposition au VIH, au VHB et au VHC»* | | | | **/       /** |  | **/       /** | |
|  | | | | | | | | |
| **F. Prélèvements sanguins et autres tests (JOUR 0)** | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | | **Sérologies - *pour tous* (**[***«Guide pour la prophylaxie et le suivi après une exposition au VIH, au VHB et au VHC»* p : 25**](http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000319/)**)** | | |  |  |
|  |  |  | |  | **Fait** | **Non fait** |  |  |
|  |  |  | | **AgHBs3** |  |  |  |  |
|  |  | |  | **Anti-HBs3** |  |  |  |  |
|  |  | |  | **Anti-VHC4, 5** |  |  |  |  |
|  |  | |  | **Anti-VIH** |  |  |  |  |
|  | | | | | | | | |
| **3** Le dosage de l’AgHBs et des anti-HBs n’est pas nécessaire si au temps 0 la personne exposée est immune contre l’hépatite B (anti-HBs ≥ 10 UI/L) ou si elle a déjà des marqueurs d’infection par le VHB (AgHBs). | | | | | | | | |
| **4** En cas de preuve que la source est infectée par le VHC, effectuer le dépistage selon le tableau «Sérologies-*source infectée par le VHC»* au bas de cette page. | | | | | | | | |
| **5** Si la personne exposée a déjà eu un résultat positif à une sérologie anti-VHC, ne pas répéter la recherche des anti-VHC. L’analyse recommandée pour le dépistage est alors la recherche qualitative de l’ARN du VHC. Dans le cadre d’une exposition professionnelle, en raison des enjeux légaux, en plus d’effectuer une recherche qualitative de l’ARN du VHC, orienter la personne vers un collègue expérimenté. | | | | | | | | |

|  |
| --- |
|  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Sérologies - *source infectée par le VHC* (**[***«Guide pour la prophylaxie et le suivi après une exposition au VIH, au VHB et au VHC»* p : 26**](http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000319/)**)** | | |  |
|  | **Personne exposée - Immunocompétente** | | |  |
|  |  | **Fait** | **Non fait** |  |
|  | **Anti-VHC5** |  |  |  |
|  | **ARN du VHC** |  |  |  |
|  | **Personne exposée - Immunosupprimée ou vivant avec le VIH** | | |  |
|  | **Anti-VHC5** |  |  |  |
|  | **ARN du VHC** |  |  |  |
|  | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **F. Prélèvements sanguins et autres tests (JOUR 0) (suite)** | | | | |
|  | | | | |
|  | **Bilan sanguin - *si thérapie anti-VIH débutée***  **(**[***«Guide pour la prophylaxie et le suivi après une exposition au VIH, au VHB et au VHC»* p : 28**](http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000319/)**)** | | |  |
|  |  | **Fait** | **Non fait** |  |
|  | **FSC** |  |  |  |
|  | **Créatinine** |  |  |  |
|  | **ALT** |  |  |  |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | **Dépistage des autres ITSS - *si exposition sexuelle*** | | |  |
|  |  | **Fait** | **Non fait** |  |
|  | **Chlamydia** |  |  |  |
|  | **Gonorrhée** |  |  |  |
|  | **Syphilis** |  |  |  |
|  | | | | |
|  | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Kit de départ donné :** |  | | **jours** | | | | | | |
| **Prescription thérapie anti-VIH donnée :** | | | | |  | **jours** | | | |
| **Attestation médicale (déclaration du travailleur) remise, si applicable** | | | | | | | | | |
| **Conseils pour une période de 3 mois :** | | | | **pratiques sécuritaires à adopter pour tout type de relation sexuelle** | | | | | |
|  | | | | **s’abstenir de donner du sang, organes, tissus ou sperme** | | | | | |
|  | | | | **éviter le partage de brosse à dents, coupe-ongles et rasoirs ainsi que tout matériel d’injection et d’inhalation** | | | | | |
|  | | | | **éviter la grossesse et l’allaitement** | | | | | |
| **Remise du dépliant d’informations pour la personne exposée** | | | | | | | | | |
| **Counseling/ médication** *(se référer à l’annexe 3 «Counseling auprès de la personne exposée» p : 53 et à l’annexe 9 «Feuillets d’information sur certains médicaments» p : 65 du* [*«Guide pour la prophylaxie et le suivi après une exposition au VIH, au VHB et au VHC»*](http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000319/)*)* | | | | | | | | | |
| **R.-V. pour le suivi : Date :** | | **/       /** | | | | | **Lieu :** |  |  |
| **Signature du professionnel :** | |  | | | | | **Date :** | **/       /** |  |
| **AAAA/MM/JJ** | | | | | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Date**  **AAAA/MM/JJ** | **Notes d’évolution supplémentaire** | **Signature MD / INF.** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Sources : Centre de référence de PPE professionnelle aux liquides biologiques de Montréal

«Recommandations régionales pour la prise en charge des personnes exposées au sang et aux autres liquides biologiques-L’ urgence d’agir», Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec, 2011