



PRÉVENTION	
<b>20 ● LORS DE L'ACCIDENT, PORTIEZ-VOUS DES GANTS ?</b> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Sans objet (inutile pour la tâche) <input type="checkbox"/>	20  __
<b>21 ● Si oui : Une paire</b> <input type="checkbox"/> Deux paires <input type="checkbox"/> Gants spéciaux <input type="checkbox"/>	21  __
<b>22 ● AVIEZ-VOUS UN COLLECTEUR À PORTÉE DE LA MAIN ?</b> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Sans objet (inutile pour la tâche) <input type="checkbox"/>	22  __
<b>23 ● PREVENTION DES PROJECTIONS SUR LE VISAGE :</b> _____	23  __   __   __
INFORMATIONS SUR LE PATIENT SOURCE	
<b>24 ● VIH :</b> Positif connu <input type="checkbox"/> Positif découvert <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Inconnu <input type="checkbox"/> Patient source non identifié <input type="checkbox"/>	24  __
<b>25 ● VHC :</b> Positif connu <input type="checkbox"/> Positif découvert <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Inconnu <input type="checkbox"/> Patient source non identifié <input type="checkbox"/>	25  __
<b>26 ● Si sérologie VHC positive, virémie par PCR</b> Positif connu <input type="checkbox"/> Positif découvert <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Virémie inconnue <input type="checkbox"/>	26  __
<b>27 ● VHB - Antigénémie HBS :</b> Positive <input type="checkbox"/> Négative <input type="checkbox"/> Antigénémie inconnue <input type="checkbox"/> Patient source non identifié <input type="checkbox"/>	27  __
RÉACTION A L'ACCIDENT	
<b>SOINS IMMÉDIATS :</b> <b>28 ● Lavage</b> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> <b>29 ● Antiseptique</b> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> <b>30 ● Un (des) EXAMEN(S) SÉROLOGIQUE(S) initial a-t-il été fait ?</b> : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> <b>31 ● Un suivi sérologique a-t-il été programmé ?</b> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> <b>32 ● Un TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE a-t-il été initié ?</b> : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> <b>33 ● Traitement initial anti VIH prescrit :</b>  <b>34 ● Durée effective (en jours) :</b>  __   __   __  <b>35 ● Modification du traitement :</b> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> <b>36 ● Motif interruption :</b> _____ <b>37 ● Traitement initial anti VHB prescrit :</b>	28  __  29  __  30  __  31  __  32  __  33  __   __   __   __   __   __   __  33bis  __   __   __   __  33ter  __   __   __   __   __   __  34  __   __   __  35  __  36  __   __   __   __  37  __   __   __   __
<b>● Commentaires libres :</b> _____ _____ _____ _____ _____	

