

SURVEILLANCE DES AES - 2025

Fiche de Recueil numéro : |__| |__| |__| |__| |__|

On définit comme accident avec exposition au sang, tout contact percutané (piqûre, coupure) ou muqueux (œil, bouche) ou sur peau lésée (eczéma, plaie) avec du sang ou un produit biologique contenant du sang pour lesquels le risque viral est prouvé. Pour d'autres liquides, le risque (VIH et VHB) est considéré comme possible à savoir les liquides céphalo-rachidien, synovial, pleural, péritonéal, péricardique et amniotique (rapport Dormont 1996) et il paraît de ce fait logique de considérer les expositions à risque à ces produits même non visiblement souillés de sang comme des AES.

1 ● DELAI en heure de prise en charge : ____ ____ 2 ● SPECIALITE : _____ 2bis ● Si spécialité = bloc, noter si acte réalisé en ambulatoire 3 ● FONCTION : _____ 4 ● ÂGE (en année) : __ __ 5 ● SEXE : Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> 6 ● ANCIENNETÉ DANS LE SERVICE (en année) : __ __ (88 si intérimaire) 7 ● STATUT VACCINAL HEPB : Vacciné <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Non Vacciné <input type="checkbox"/> 8 ● STATUT IMMUNITAIRE HEPB : Immunisé <input type="checkbox"/> Non Immunisé <input type="checkbox"/> Inconnu <input type="checkbox"/>	1 __ __ 2 __ 2bis __ __ __ __ 3 __ __ __ __ 4 __ __ 5 __ 6 __ __ __ 7 __ __ 8 __ __
CIRCONSTANCES DE L'ACCIDENT	
9 ● DATE de l'accident : ____ / ____ / ____	9 __ __ __ / __ __ __ / __ __ __ __ __
10 ● NATURE DE L'EXPOSITION PIQÛRE (aiguille) <input type="checkbox"/> COUPURE (lame, bistouri,...) <input type="checkbox"/> Superficielle <input type="checkbox"/> Profonde <input type="checkbox"/> PROJECTION de sang ou liquide biologique souillé de sang sur : Yeux <input type="checkbox"/> Visage <input type="checkbox"/> Peau lésée <input type="checkbox"/>	10 __ __ __ __
11 ● AIDE A UNE PROCEDURE : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	11 __ __
12 ● TACHE EN COURS : _____	12 __ __ __ __ __ __
13 ● MÉCANISME DE L'ACCIDENT : _____ _____ _____ _____	13 __ __ __ __ __
14 ● AGENT SEUL EN CAUSE <input type="checkbox"/> BLESSE PAR COLLÈGUE <input type="checkbox"/> BLESSE PAR PATIENT <input type="checkbox"/>	14 __ __
15 ● Description de l'accident : _____ _____ _____	
MATERIEL(S) EN CAUSE	
16 ● TYPE ET MARQUE DE MATERIEL (1) : _____ _____	16 __ __ __ __ __ __
17 ● Si matériel de sécurité, avait-il été activé ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	17 __ __
18 ● TYPE ET MARQUE DE MATERIEL (2) : _____ _____	18 __ __ __ __ __ __
19 ● Si matériel de sécurité, avait-il été activé ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	19 __ __

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

