



SURVEILLANCE NATIONALE DES AES - RAISIN 2012

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 • CCLIN : _____ | 1 • ____ ____ | 2 • ____ |
|---|---|--------------------------|---------------|
| 2bis • ETABLISSEMENT : _____ | 3 • SPECIALITE : _____ | 2bis • ____ ____ ____ | 3 • ____ ____ |
| 4 • FONCTION : _____ | | 4 • ____ ____ | |
| 5 • AGE (en année) : ____ ____ | 6 • SEXE : Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> | 5 • ____ ____ | 6 • ____ |
| 7 • ANCIENNETE DANS LE SERVICE (en année) : ____ ____ (88 si intérimaire) | | 7 • ____ ____ | |
| 8 • STATUT VACCINAL HEPB : Vacciné <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Non Vacciné <input type="checkbox"/> | | 8 • ____ | |
| 9 • STATUT IMMUNITAIRE HEPB : Immunisé <input type="checkbox"/> Non Immunisé <input type="checkbox"/> Inconnu <input type="checkbox"/> | | 9 • ____ | |
| CIRCONSTANCES DE L'ACCIDENT | | | |
| 10 • DATE DE L'ACCIDENT : ____/____/____ | | 10 • ____ ____ ____ ____ | |
| 11 • NATURE DE L'EXPOSITION PIQURE (aiguille) <input type="checkbox"/> COUPURE (lame, bistouri,...) <input type="checkbox"/> Superficielle <input type="checkbox"/> Profonde <input type="checkbox"/> PROJECTION DE SANG OU LIQUIDE BIOLOGIQUE SOUILLE DE SANG SUR : Yeux <input type="checkbox"/> Visage <input type="checkbox"/> Peau lésée <input type="checkbox"/> Griffures ou morsures <input type="checkbox"/> | | 11 • ____ | |
| 12 • AIDE A UNE PROCEDURE : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | | 12 • ____ | |
| 12bis • TACHE EN COURS : _____ _____ | | 12bis • ____ ____ | |
| 13 • MECANISME DE L'ACCIDENT : _____ _____ _____ _____ | | 13 • ____ ____ | |
| 14 • AGENT Seul en cause <input type="checkbox"/> Blessé : Par collègue <input type="checkbox"/> Par un patient <input type="checkbox"/> | | 14 • ____ | |
| CIRCONSTANCES EN CLAIR : _____ _____ _____ | | | |
| MATERIEL(S) EN CAUSE : | | | |
| 15 • TYPE ET MARQUE DE MATERIEL (1) _____ _____ | | 15 • ____ ____ | |
| 16 • SI COLLECTEUR, VOLUME EN LITRES : ____/____ | | 16 • ____ ____ | |
| 17 • SI MATERIEL DE SECURITE, AVAIT-IL ETE ACTIVE ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | | 17 • ____ | |
| 18 • TYPE ET MARQUE DE MATERIEL (2) _____ _____ | | 18 • ____ ____ | |
| 19 • SI MATERIEL DE SECURITE, AVAIT-IL ETE ACTIVE ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | | 19 • ____ | |

| PREVENTION | |
|---|---|
| 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 A PORTEE 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 SEROLOGIE VHC POSITIVE, VIREMIE 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 inconnu <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) SEROLOGIQUE(S) INITIAL A-T-IL ETE FAIT ? : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | 30 • _ |
| 31 • UN SUIVI SEROLOGIQUE A-T-IL ETE PROGRAMME ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | 31 • _ |
| 32 • UN TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE A-T-IL ETE INITIE ? : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | 32 • _ |
| 33 • TRAITEMENT INITIAL PRESCRIT : | 33 • _ _ _ _ _ 33bis• _ _ _ _ _ 33ter• _ _ _ _ _ |
| 34 • DUREE EFFECTIVE (en jours) : _ _ _ _ | 34 • _ _ |
| 35 • MODIFICATION DU TRAITEMENT : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | 35 • _ |
| 36 • MOTIF INTERRUPTION : | 36 • _ _ _ _ |
| • COMMENTAIRES LIBRES : | |
|  |  |