



# Déclaration d'accident de piqûre, coupure, morsure et éclaboussure

Identification

Numéro d'ordre: S

--	--	--	--

## DONNEES MEDICALES (destiné au médecin de travail)

1. L'employée était-elle enceinte ? <sup>1</sup> O Oui <sup>2</sup> O Non

### A. Suivi standard

2. VHB-Sérostatus employé(e) : (ne cochez qu'une seule case)

<sup>1</sup> O Séropositif (immunité naturelle)

<sup>4</sup> O Séronégatif (après vaccination ≤ 10 mE/ml)

<sup>2</sup> O Séropositif (après vaccination >10mE/ml)

<sup>5</sup> O Vaccination en cours

<sup>3</sup> O Séronégatif (pas de vaccination)

<sup>6</sup> O Non testé

3. Sérologie immédiatement après l'accident Date du prélèvement: 

--	--

--	--

--	--	--	--

 (jj/mm/aaaa)

	Pos	Nég	Non testé
3a Anti-VIH :	<sup>1</sup> O	<sup>2</sup> O	<sup>3</sup> O
3b Anti-VHC :	<sup>1</sup> O	<sup>2</sup> O	<sup>3</sup> O
3c Anti-HBs :	<sup>1</sup> O	<sup>2</sup> O	<sup>3</sup> O
3d Anti-HBc :	<sup>1</sup> O	<sup>2</sup> O	<sup>3</sup> O
3e Autres (spécifiez):	<sup>1</sup> O	<sup>2</sup> O	<sup>3</sup> O: .....

4. Sérologie après 6 mois Date du prélèvement 

--	--

--	--

--	--	--	--

 (jj/mm/aaaa)

	Pos	Nég	Non testé
33a Anti-VIH:	<sup>1</sup> O	<sup>2</sup> O	<sup>3</sup> O
33b Anti-VHC :	<sup>1</sup> O	<sup>2</sup> O	<sup>3</sup> O
33c Anti-HBs :	<sup>1</sup> O	<sup>2</sup> O	<sup>3</sup> O
33d Anti-HBc:	<sup>1</sup> O	<sup>2</sup> O	<sup>3</sup> O
33e Autres (spécifiez):	<sup>1</sup> O	<sup>2</sup> O	<sup>3</sup> O

### B. Follow-up après une source positive connue

#### HEPATITE B

5. VHB Immunoglobulines administrées: <sup>1</sup> O Oui <sup>2</sup> O Non

6. VHB vaccination entreprise : <sup>1</sup> O Oui <sup>2</sup> O Non

#### VIH

7. PEP administré : <sup>1</sup> O Oui <sup>2</sup> O Non

#### HEPATITE C

8. Autres tests VHC? <sup>1</sup> O Oui <sup>2</sup> O Non

Si oui, résultats:

9. 1<sup>er</sup> follow-up Date du prélèvement: 

--	--

--	--

--	--	--	--

 (jj/mm/aaaa)

	Pos	Nég	Non testé
9a PCR-HCV(RNA)	<sup>1</sup> O	<sup>2</sup> O	<sup>3</sup> O
9b TGO/TGP	<sup>1</sup> O	<sup>2</sup> O	<sup>3</sup> O
9c Anti-VHC	<sup>1</sup> O	<sup>2</sup> O	<sup>3</sup> O
9c Autres (spécifiez)	<sup>1</sup> O	<sup>2</sup> O	<sup>3</sup> O : .....

10. 2<sup>em</sup> follow-up Date du prélèvement: 

--	--

--	--

--	--	--	--

 (jj/mm/aaaa)

	Pos	Nég	Non testé
10a PCR-HCV(RNA)	<sup>1</sup> O	<sup>2</sup> O	<sup>3</sup> O
10b TGO/TGP	<sup>1</sup> O	<sup>2</sup> O	<sup>3</sup> O
10c Anti-VHC	<sup>1</sup> O	<sup>2</sup> O	<sup>3</sup> O
10d Autres (spécifiez)	<sup>1</sup> O <sup>2</sup>	<sup>2</sup> O	<sup>3</sup> O : .....

11. 3<sup>em</sup> follow-up Date du prélèvement: (jj/mm/aaaa)

	Pos	Nég	Non testé
11a PCR-HCV(RNA)	<sup>1</sup> O	<sup>2</sup> O	<sup>3</sup> O
11b TGO/TGP	<sup>1</sup> O	<sup>2</sup> O	<sup>3</sup> O
11c Anti-VHC	<sup>1</sup> O	<sup>2</sup> O	<sup>3</sup> O
11d Autres (spécifiez)	<sup>1</sup> O	<sup>2</sup> O	<sup>3</sup> O : .....

12. Le traitement a-t il été appliqué? <sup>1</sup> O Oui <sup>2</sup> O Non