

SURVEILLANCE NATIONALE DES AES - RAISIN 2015

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.

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

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 CONTENEUR 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
33ter |
| 34 ● Durée effective (en jours) | 34 |
| 35 ● Modification du traitement Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | 35 |
| 36 ● Motif interruption : _____ | 36 |
| 37 ● Traitement initial anti VHB prescrit : _____ | 37 |

● Commentaires libres : _____

