

<b>PRELEVEUR</b>	LOCALISATION _____	RAMQ _____
	DATE PRÉL. :    /    /                      HEURE :    :                      _____	DOSSIER _____ SITE _____
	NOM ET PRÉNOM LISIBLES _____	DATE DE NAISSANCE _____ SEXE M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
		AA/MM/JJ
<b>PRESCRIPTEUR</b>	NOM ET PRÉNOM COMPLETS <b>Dr Arnaud Samson</b> NO DE PERMIS <b>076067</b>	NOM _____ PRÉNOM _____
	TRANSMISSION DU RÉSULTAT À (NOM DE LA CLINIQUE) <b>Service Santé CHU</b> Télécopieur : <b>418 525-4152</b>	NOM DE LA MÈRE _____
	MD EN COPIE (NOM ET PRÉNOM LISIBLES) _____ NO DE PERMIS _____	ADRESSE _____
	NOM DE LA CLINIQUE DU MD EN COPIE _____	NO CIVIQUE/RUE _____ APT _____
	<b>RENSEIGNEMENTS CLINIQUES</b> _____	CODE POSTAL _____ TÉLÉPHONE _____

Inscrire les coordonnées du médecin traitant du travailleur exposé dans la section « Prescripteur – MD en copie ».

**■ EXPOSITION ACCIDENTELLE (ACCTR)**

*(Compléter svp)*

**TRAVAILLEUR EXPOSÉ**                      **■ PATIENT SOURCE**

Nom du travailleur : \_\_\_\_\_

# RAMQ du travailleur : \_\_\_\_\_

Nom du patient source : \_\_\_\_\_

# RAMQ du patient source : \_\_\_\_\_

Cocher si source inconnue

Unité ou service où l'exposition a eu lieu : \_\_\_\_\_

Site : \_\_\_\_\_

**MALADIES INFECTIEUSES**

**VIH** 1 TO

**Hépatite B (Ag HBs)** } — 1 TO

**Hépatite C (Anti-VHC)** } — 1 TO

**NOTES :**

- 2 Tubes à bouchon or avec gel (TO) sont requis et doivent être stabilisés au laboratoire ≤ 2 heures.
- Les cases à cocher sont déjà noircies en fonction des analyses requises pour le patient source.

ATTENTION : TOUTE DEMANDE D'ANALYSE INCOMPLÈTE OU NON CONFORME POURRAIT ÊTRE REFUSÉE (v. 2020-11-24)

Exposition accidentelle : Requête d'analyses – Patient source