

| | | |
|---------------------|--|--|
| PRELEVEUR | 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 |
| PRESCRIPTEUR | NOM ET PRÉNOM COMPLETS Dr Arnaud Samson NO DE PERMIS 076067 | NOM _____ PRÉNOM _____ |
| | TRANSMISSION DU RÉSULTAT À (NOM DE LA CLINIQUE) Service Santé CHU Télécopieur : 418 525-4152 | 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 _____ |
| | RENSEIGNEMENTS CLINIQUES _____ | 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) }

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)