

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)	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 (Anti-Hbs, AgHbs et Anti-Hbctot) 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 travailleur exposé.

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