

PRESCRIPTEUR

* LOCALISATION _____

* DATE PRÉL. : ____ / ____ / ____ * HEURE : ____ : ____

* NOM ET PRÉNOM LISIBLES _____

* RAMQ _____

* DATE DE NAISSANCE _____ * SEXE M F

Pour les usagers qui n'ont pas de RAMQ (exclusivement) AA/MM/JJ

* NOM _____ * PRÉNOM _____

* NOM ET PRÉNOM COMPLETS **Marie-Josée Roy** * NO DE PERMIS **IF2040221**

* TRANSMISSION DU RÉSULTAT À (NOM DE LA CLINIQUE) **CBOHSST Service Santé CIUSSS-CN**

NOM DE LA MÈRE _____

N° CHAMBRE _____

MD EN COPIE (NOM ET PRÉNOM LISIBLES) _____ NO DE PERMIS _____

NOM DE LA CLINIQUE DU MD EN COPIE _____

ADRESSE _____

NO CIVIQUE/RUE _____ APT _____

CODE POSTAL _____ TÉLÉPHONE _____

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES **Protocole Post-Exposition**

Utiliser la carte d'assurance maladie, l'étiquette autocollante ou la carte de l'hôpital.

ATTENTION : toute demande incomplète représente une non-conformité pouvant aller jusqu'au rejet de la requête notamment en ce qui concerne la double identification des échantillons.

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

■ EXPOSITION ACCIDENTELLE

(Compléter svp)

TRAVAILLEUR EXPOSÉ

PATIENT SOURCE (PPEID)

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.

Laboratoire multidisciplinaire du CHU de Québec-Université Laval (CHUL)