

PRÉLÈVEUR	* LOCALISATION			* RAMQ		
	* DATE PRÉL. : / /	* HEURE : :		* DATE DE NAISSANCE	* SEXE M ☐ F ☐	
	* NOM ET PRÉNOM LISIBLES			Pour les usagers qui n'ont pas de RAMQ (exclusivement) AA/MM/JJ		
PRESCRIPTEUR	* 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		
	MD EN COPIE (NOM ET PRÉNOM LISIBLES)	NO DE PERMIS		N° CHAMBRE		
	NOM DE LA CLINIQUE DU MD EN COPIE			ADRESSE		
				NO CIVIQUE/RUE	APT	
RENSEIGNEMENTS CLINIQUES		Protocole Post-Exposition		CODE POSTAL	TÉLÉPHONE	

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 (PPETS) ☐ 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.

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