CHU de Québec Université Laval

REQUÊTE D'ANALYSES – PATIENT SOURCE
SERVICE SANTÉ-SÉCURITÉ ET QUALITÉ DE VIE AU TRAVAIL

EXPOSITION ACCIDENTELLE

** DONNÉES OBLIGATOIRES*

PRÉLEVEUR

* LOCALISATION

* DATE PRÉL. : / / * HEURE : :

* NOM ET PRÉNOM LISIBLES

PRESCRIPTEUR

* NOM ET PRÉNOM COMPLETS Dre Michelle Tolszczuk * NO DE PERMIS 90281

Service Santé CHU Télécopieur 418 525-4152

* TRANSMISSION DU RÉSULTAT À (NOM DE LA CLINIQUE)

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

NOM DE LA CLINIQUE DU MD EN COPIE

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

* RAMQ

* DATE DE NAISSANCE * SEXE M ☐ F ☐

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

* NOM * PRÉNOM

NOM DE LA MÈRE

Nº CHAMBRE

ADRESSE

NO CIVIQUE/RUE APT

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 (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.

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

COMM 16_840_08