QUESTIONNAIRE A.E.S

NUMERO

NOM Prénom :

GRADE/FONCTION

SERVICE :

DATE de NAISSANCE :

DATE de l'ACCIDENT :

Résumé des faits, en précisant :

Circonstances :

Lésions occasionnées :

Type de matériel :

Protocole de désinfection :

RENSEIGNEMENTS **MALADE-SOURCE** à faire complèter par le
MEDECIN AYANT EN CHARGE LE MALADE :

	sérologie HIV	sérologie VHB	sérologie VHC	transaminases
Date et Résultats :				

Même si les sérologies du malade sont NEGATIVES (ou n'ont pu être pratiquées), merci de préciser s'il s'agit d'un malade DIT *"A RISQUE"* :

Immuno déprimé: **Oui** ❑ **Non** ❑

Usager de drogue par voie intraveineuse : **Oui** ❑ **Non** ❑

NOM et Signature
du Médecin ayant en charge le malade :

RENSEIGNEMENTS **VOUS** CONCERNANT :

Ag HBs:

Anticorps anti HBs:

Anticorps anti VHC:

Anticorps anti VIH:

Transaminases:

Traitement post exposition en cours : Oui ❑ **Non** ❑

Merci de remplir ce questionnaire et de le retourner **rapidement** au secrétariat du service de Santé au Travail, pour tous renseignements nous contacter au 3136.

Attention : *La déclaration administrative doit être faite à la D.R.H.dans les 48 heures -*
poste 3716 Mr VARE.pour le personnel du Centre Hospitalier
poste 3832 Me SERVAGENT pour le personnel médical.