CHU de Québec Université Laval

# REQUÊTE D'ANALYSES – CIUSSSCN – TRAVAILLEUR EXPOSÉ
## SECTEUR PRÉVENTION ET GESTION DES RISQUES

**EXPOSITION ACCIDENTELLE**

**PRÉLEVEUR**

LOCALISATION

DATE PRÉL. : / / HEURE : :

NOM ET PRÉNOM LISIBLES

**PRESCRIPTEUR**

NOM ET PRÉNOM COMPLETS Dr Michel Lizotte NO DE PERMIS 73106

SPGR Télécopieur : 418 666-2081

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 DOSSIER

SITE Nº CHAMBRE/CIVIÈRE

DATE DE NAISSANCE SEXE M ☐ F ☐

AA/MM/JJ

NOM PRÉNOM

NOM DE LA MÈRE

ADRESSE

NO CIVIQUE/RUE APT

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)
■ 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 travailleur exposé.

ATTENTION : TOUTE DEMANDE D'ANALYSE INCOMPLÈTE OU NON CONFORME POURRAIT ÊTRE REFUSÉE (v. 2018-11-29)



COMM 18_840_03