



# PRISE EN CHARGE DES CAS D'EXPOSITION AU SANG ET AUX LIQUIDES ORGANIQUES

## LETTRE DE SUIVI DESTINÉE AU FOURNISSEUR DE SOINS DE SANTÉ

À remplir par le fournisseur de santé,

\_\_\_\_\_ né le \_\_\_\_\_ a été vu  
NOM PRÉNOM AAAA/MM/JJ  
à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_ après  
ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ AAAA/MM/JJ  
une exposition à du sang ou à des liquides organiques survenue le \_\_\_\_\_. Évaluation primaire remplie  
AAAA/MM/JJ  
par \_\_\_\_\_  
NOM DU FOURNISSEUR DE SOINS DE SANTÉ N° DE TÉLÉPHONE

### LA PERSONNE A REÇU LES SOINS SUIVANTS APRÈS L'EXPOSITION :

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Nettoyage de la blessure   | <input type="checkbox"/> A commencé la prise d'antirétroviraux (trousse de départ de 5 jours) |
| <input type="checkbox"/> Vaccin contre le tétanos   | <input type="checkbox"/> Donnez le nom, la dose et les instructions des médicaments :         |
| <input type="checkbox"/> Vaccin contre l'hépatite B (dose unique)                                   | _____   |
| <input type="checkbox"/> Immunoglobuline anti-hépatite B (IgHB)                                     | _____   |
| <input type="checkbox"/> Consultation initiale pour l'exposition au sang et aux liquides organiques | _____   |
| <input type="checkbox"/> Autre _____  |   |

Les analyses sanguines de base suivantes ont été effectuées :

- VIH Ag/Ac  AgHBs  anti-VHB  anti-VHC complet  anti-VHC  Autre : \_\_\_\_\_

(Les résultats des analyses ci-dessus permettront de déterminer si un autre suivi est nécessaire)

Nom du fournisseur de soins de santé chargé du suivi :	Établissement de santé	N° de téléphone
--	------------------------	-----------------

### SUIVI RECOMMANDÉ (cochez les cases correspondantes)

### LIEU DU SUIVI

### DATE

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Doses supplémentaires du vaccin contre l'hépatite B  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Immunoglobuline anti-hépatite B (IgHB)   |  |  |
| <input type="checkbox"/> Suivi auprès du fournisseur de soins de santé dans les 3 jours pour déterminer si le traitement d'antirétroviraux doit être prolongé de 23 jours   |  |  |
| <input type="checkbox"/> Résultats des analyses sanguines de base   |  |  |
| <input type="checkbox"/> Suivi des analyses sanguines (consulter <i>Prise en charge des cas d'exposition au sang et aux liquides organiques : document de référence</i> au <a href="http://www.hss.gov.yk.ca/fr/exposure_management.php">www.hss.gov.yk.ca/fr/exposure_management.php</a> ) |  |  |
| <input type="checkbox"/> Autre (précisez)   |  |  |

Pour tous renseignements, veuillez vous adresser au Centre de lutte contre les maladies transmissibles du Yukon, en personne au 4 Hospital Road, Whitehorse (Yukon) Y1A 3HB ou, par téléphone, au 867-667-8323.

Les renseignements personnels demandés dans le présent formulaire sont recueillis, utilisés et divulgués conformément à la *Loi sur la protection et la gestion des renseignements médicaux* du Yukon ainsi qu'aux autres lois applicables. Pour consulter les pratiques en matière de renseignements de Santé et Affaires sociales, visitez [www.hss.gov.yk.ca/fr/healthprivacy.php](http://www.hss.gov.yk.ca/fr/healthprivacy.php) ou envoyez un courriel à l'agent de la protection de la vie privée à [healthprivacy@gov.yk.ca](mailto:healthprivacy@gov.yk.ca).