

## Exposition HIV, HBV et HCV en milieu professionnel

Questionnaire à envoyer si le patient-source est connu ou suspect d'une infection à HIV, HBV ou HCV et si PEP débutée

Hôpital: \_\_\_\_\_ Médecin du service/du personnel : \_\_\_\_\_ Téléphone: \_\_\_\_\_

**Patient source** Date de naissance (J/M/A): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexe: M  F

<p><b>Facteurs de risque:</b></p> <input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> Toxicomanie <input type="checkbox"/> Homosexualité <input type="checkbox"/> Partenaire positif <input type="checkbox"/> Polytransfusion avant 1985 <input type="checkbox"/> Pays à haute endémie <input type="checkbox"/> Partenaires multiples/relations sexuelles non protégées <input type="checkbox"/> Inconnu <input type="checkbox"/> Autres, lesquels? _____	<p><b>Infection antérieure connue:</b></p> <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> HIV, précisez: <input type="checkbox"/> CD4: _____/mm <sup>3</sup> <input type="checkbox"/> Copies ARN: _____/ml <input type="checkbox"/> Hépatite C (HCV) <input type="checkbox"/> Copies ARN: _____/ml <input type="checkbox"/> Hépatite B (HBV), précisez: <input type="checkbox"/> AgHBs positif <input type="checkbox"/> AgHBs négatif <input type="checkbox"/> Autre: _____	<p><b>Sérologies après accident:</b></p> <p>HIV: <input type="checkbox"/> positive, copies ARN: _____/ml  <input type="checkbox"/> négative  <input type="checkbox"/> douteuse  <input type="checkbox"/> pas testée</p> <p>HCV: <input type="checkbox"/> positive  <input type="checkbox"/> négative  <input type="checkbox"/> douteuse  <input type="checkbox"/> pas testée</p> <p>HBV: <input type="checkbox"/> AgHBs positif  <input type="checkbox"/> AgHBs négatif  <input type="checkbox"/> pas testée</p>
---	---	--

**Traitement anti-VIH du patient-source:**

<input type="checkbox"/> inconnu	Médicaments: <input type="checkbox"/> _____	Résistances connues: <input type="checkbox"/> aucune
<input type="checkbox"/> jamais	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> antérieur interrompu	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> en cours, lequel :	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____

**Personne exposée** (Données avant accident)  
 Date de naissance (J/M/A): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexe M  F  Service \_\_\_\_\_

<p><b>Vaccination hépatite B:</b></p> <input type="checkbox"/> aucune <input type="checkbox"/> en cours, nb doses: _____ <input type="checkbox"/> terminée	<p><b>Dosage anti-HBs après vaccin:</b></p> <input type="checkbox"/> oui, titre: _____ UI/L, date: _____ <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> inconnu	<p><b>Immunité après vaccination:</b></p> <input type="checkbox"/> répondeur (anti-HBs > 100 UI/L) <input type="checkbox"/> hypo-répondeur <input type="checkbox"/> non répondeur (anti-HBs <10 UI/L)
<p><b>Connu pour HIV ?</b></p> <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui, depuis: _____ ans	<p><b>Connu pour Hépatite C ?</b></p> <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui, depuis: _____ ans	<p><b>Connu pour hépatite B ?</b></p> <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui: <input type="checkbox"/> AgHBs positif <input type="checkbox"/> AgHBs négatif

**Profession:** nombre d'années dans la profession : \_\_\_\_

<input type="checkbox"/> infirmier(ère) [ISG/HMP/Psy/DNI/II/HES/ES]	<input type="checkbox"/> sage-femme	<input type="checkbox"/> personnel de laboratoire
<input type="checkbox"/> ASSC	<input type="checkbox"/> médecin autre	<input type="checkbox"/> personnel de maison
<input type="checkbox"/> infirmier(ère) instrumentiste/TSO	<input type="checkbox"/> médecin chirurgien	<input type="checkbox"/> technicien(ne) en radiologie
<input type="checkbox"/> élève-infirmier(ère)	<input type="checkbox"/> médecin anesthésiste	<input type="checkbox"/> autre, précisez: _____
<input type="checkbox"/> aide soignant(e)	<input type="checkbox"/> étudiant(e) médecin	

**Accident (Exposition)**  
 Date accident (J/M/A): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Heure: \_\_\_\_\_ Lieu: \_\_\_\_\_  
 (ex. chambre du patient, salle d'opération, couloir, etc.)

Partie du corps blessée: \_\_\_\_\_ côté:  gauche  droit

Description détaillée de l'accident (processus, geste impliqué, etc.):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Lors de l'accident le blessé portait-il:**

des gants ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Y avait-il un container à aiguilles à proximité ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
un masque ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	L'usage d'une pince aurait-il évité l'accident ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
des lunettes de protection ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	L'instrument en cause disposait-il d'une sécurité ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

**A votre avis l'accident aurait-il pu être évité ?**  oui  non  
 Si oui, comment ? Si non, pourquoi ?

\_\_\_\_\_

Hôpital \_\_\_\_\_ Patient source, date de naissance \_\_\_\_\_ Date accident \_\_\_\_\_

**Genre d'accident**

**Blessure**

- superficielle (égratignure, pas de saignement)
- profonde (saignement)

**Objet contaminé par:**

- du sang visible
- un liquide biologique **avec** du sang visible
- un liquide biologique, **pas** de sang visible

Quel liquide biologique? \_\_\_\_\_

**Objet cause de blessure**

- Aiguille creuse:
- aiguille d'injection i.m.
  - aiguille d'injection s.c.
  - gripper (port-à-cath)
  - autre aiguille creuse, préciser \_\_\_\_\_
  - canule courte (venflon)
  - butterfly
  - cathéter long
  - aiguille prélèvement i.v.
  - aiguille injection i.v.
  - aiguille ponction artérielle

- Autre:
- aiguille de suture
  - scalpel / bistouri
  - lancette
  - autre, préciser \_\_\_\_\_
- (par ex.: pince, bris de verre, etc.)

Temps écoulé entre le retrait de l'objet chez le patient-source et la blessure chez le blessé: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  inconnu  
(h. min. sec.)

**Exposition muqueuse**

- bouche
- yeux

**Contamination par:**

- du sang
- un liquide biologique **avec** du sang visible
- un liquide biologique, **pas** de sang visible

Durée du contact \_\_\_\_\_ (min.) Quel liquide biologique? \_\_\_\_\_

**Exposition cutanée**

- peau intacte
- peau lésée (préciser le type de lésions) \_\_\_\_\_

**Contamination par:**

- du sang
- un liquide biologique **avec** du sang visible
- un liquide biologique, **pas** de sang visible

Durée du contact \_\_\_\_\_ (min.) Quel liquide biologique? \_\_\_\_\_

**Traitement prophylactique antirétroviral (PEP) de la personne exposée**

PEP indiquée ?  oui  non

PEP administrée ?  oui  non Temps écoulé entre l'accident et le début du traitement: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (h./ min.)

PEP terminée (4 semaines) ?  oui  non, pourquoi?  source HIV neg.  effets Iliaires  autre: \_\_\_\_\_

**Type et durée du traitement antirétroviral:**

Médicament	Début (J/M/A)	Fin (J/M/A)	Dose
Kaletra®			
Truvada®			
Combivir®			
Viracept®			

**Effets secondaires**

- oui  non
- Insomnie  oui  non
- Myalgies  oui  non
- Troubles digestifs  oui  non
- Eruption cutanée  oui  non
- Fatigue  oui  non
- Nausée  oui  non
- Autres: \_\_\_\_\_

**Examens de laboratoire:**

	Début du ttt	+ 2 semaines	+ 4 semaines
Hb (g/l)			
Leucocytes			
Thrombocytes			

	Début du ttt	+ 2 semaines	+ 4 semaines
Créatinine			
Glucose			
ALAT			

**Mesures pour HBV**

Vaccin (rappel) :  oui  non

Immunoglobulines HB:  oui  non

**Suivi sérologique de la personne exposée**

	au temps 0, date (J/M/A)	à 3* mois, date (J/M/A)	à 6 mois, date (J/M/A)	autre, date (J/M/A)
<b>HIV</b>	<input type="checkbox"/> neg <input type="checkbox"/> pos <input type="checkbox"/> pas fait	<input type="checkbox"/> neg <input type="checkbox"/> pos <input type="checkbox"/> pas fait	<input type="checkbox"/> neg <input type="checkbox"/> pos <input type="checkbox"/> pas fait	<input type="checkbox"/> neg <input type="checkbox"/> pos <input type="checkbox"/> pas fait
<b>HBV</b>				
- HBs Ag	<input type="checkbox"/> neg <input type="checkbox"/> pos <input type="checkbox"/> pas fait	<input type="checkbox"/> neg <input type="checkbox"/> pos <input type="checkbox"/> pas fait	<input type="checkbox"/> neg <input type="checkbox"/> pos <input type="checkbox"/> pas fait	<input type="checkbox"/> neg <input type="checkbox"/> pos <input type="checkbox"/> pas fait
- anti HBs	<input type="checkbox"/> neg <input type="checkbox"/> pos <input type="checkbox"/> pas fait	<input type="checkbox"/> neg <input type="checkbox"/> pos <input type="checkbox"/> pas fait	<input type="checkbox"/> neg <input type="checkbox"/> pos <input type="checkbox"/> pas fait	<input type="checkbox"/> neg <input type="checkbox"/> pos <input type="checkbox"/> pas fait
- anti HBc	<input type="checkbox"/> neg <input type="checkbox"/> pos <input type="checkbox"/> pas fait	<input type="checkbox"/> neg <input type="checkbox"/> pos <input type="checkbox"/> pas fait	<input type="checkbox"/> neg <input type="checkbox"/> pos <input type="checkbox"/> pas fait	<input type="checkbox"/> neg <input type="checkbox"/> pos <input type="checkbox"/> pas fait
<b>HCV</b>	<input type="checkbox"/> neg <input type="checkbox"/> pos <input type="checkbox"/> pas fait	<input type="checkbox"/> neg <input type="checkbox"/> pos <input type="checkbox"/> pas fait	<input type="checkbox"/> neg <input type="checkbox"/> pos <input type="checkbox"/> pas fait	<input type="checkbox"/> neg <input type="checkbox"/> pos <input type="checkbox"/> pas fait
<b>Si expo HCV:</b>				
<b>ALAT (UI/L)</b>				

\*En cas de HIV-PEP: sérologie 3 mois après la fin de la HIV-PEP

Lorsque le suivi sérologique de l'employé est terminé, envoyer ce questionnaire à:

Pr. P. Francioli, Service de médecine préventive hospitalière, CHUV, 1011 Lausanne

tél.: 021/314 02 75, Fax.: 021/314 02 49