

Renseignements non nominatifs de la personne source

En cas d'exposition percutanée accidentelle, ce formulaire doit être remis par la personne responsable à la personne source, si elle est connue et qu'elle consent à fournir les renseignements demandés. Il doit ensuite être transmis au médecin qui prendra en charge la personne exposée. Aucun renseignement permettant d'identifier la personne source ne doit apparaître sur ce formulaire.

Personne source : connue inconnue

Statut infectieux (VIH, hépatite B ou C) : connu inconnu

Refus de participer à l'évaluation des facteurs de risque ou de se faire tester

| FACTEURS DE RISQUE | PRÉSENCE |
|---|---|
| Vaccination hépatite B | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Homme ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH) | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Personne utilisatrice de drogues par injection (UDI) ou intranasal avec partage de matériel | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Hétérosexuel avec relations sexuelles à risque/multiples partenaires/prostitution | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Relations sexuelles ou contacts étroits avec une personne infectée par le VIH ou le VHB ou à risque de l'être | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Exposition à du sang infecté par le VIH, le VHB ou le VHC | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Tatouage/perçage avec du matériel non stérile | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Avoir eu des traitements d'hémodialyse | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Avoir reçu des produits sanguins avant 1990 | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Être né(e) d'une mère séropositive pour le VIH ou le VHB | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |