



ACCIDENT PROFESSIONNEL AVEC EXPOSITION AU SANG ET AUX LIQUIDES BIOLOGIQUES (AES)

RENSEIGNEMENTS GENERAUX

☐ Employeur de la personne examinée

☐ Contact de la personne assurant la gestion médicale du cas (en l'absence de renseignements, les résultats ne pourront être transmis)

Nom

Prénom

Email sécurisé

N° téléphone

POUR TOUTES LES DEMANDES : 1 MONOVETTE BRUNE 7.5 ML PAR PATIENT

☐ PATIENT CIBLE (personne accidentée)

Nom:

Prénom:

Date de naissance:

Sexe ☐ M ☐ F

Adresse:

☐ Anti-HBs (Hépatite B)
(si taux inconnu)

☐ Autres demandes

Date et heure de prélèvement: __ / __ / ____

Initiales du préleveur: _____

☐ PATIENT SOURCE (personne avec laquelle l'accident s'est produit)

Nom:

Prénom:

Date de naissance:

Adresse:

Sexe ☐ M ☐ F

Consentement du patient source :

Signature

☐ Dépistage complet
(HIV,HCV,Ag HBs)

Date et heure de prélèvement: __ / __ / ____

Initiales du préleveur: _____

Informations importantes :

- Horaires d'ouverture du laboratoire : 7j/7 de 7h00 à 23h. En dehors de ces horaires, les prélèvements ne seront pas pris en charge.
- L'identification et les coordonnées de la personne assurant la gestion médicale de l'AES sont indispensables.
- Seuls les bons de demandes dûment complétés pourront être traités.
- Le consentement du patient source est à récolter en fonction de la procédure interne de l'établissement où a lieu l'AES.