

21	Evaluation du risque :	
	<ul style="list-style-type: none"> • Piquûre profonde en intra musculaire avec aiguille creuse servie en IV <input type="checkbox"/> • Exposition excessive au VIH concentré au laboratoire <input type="checkbox"/> • Piquûre superficielle par aiguille creuse servie en IV <input type="checkbox"/> • Projection de sang ou de liquide biologique souillé de sang <input type="checkbox"/> • Coupure par bistouri souillé à travers les gants <input type="checkbox"/> • Erosion épidermique superficielle par piquûre sous-cutanée à l'aide d'une aiguille souillée <input type="checkbox"/> • Autres/détails <input type="checkbox"/> (Préciser : _____) 	
22	Degré d'exposition à l'AES : Exposition massive <input type="checkbox"/> Exposition intermédiaire <input type="checkbox"/> Exposition minimale <input type="checkbox"/>	
23	Statut sérologique patient source:	
	VIH :	Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Ne sait pas <input type="checkbox"/> Si positif, Stade clinique OMS : 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> Sous ARV : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui Schéma thérapeutique _____
	VHB :	Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Ne sait pas <input type="checkbox"/>
	VHC :	Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Ne sait pas <input type="checkbox"/>
24	Conclusion(s)	

PRISE EN CHARGE AES

25	Premiers soins d'urgence réalisés Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
	Si oui, préciser _____	
	Si non, pourquoi? _____	
26	Prophylaxie par les ARV Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
	Si oui,	Date et heure de début: _____ / _____ / _____, _____ H
		Schéma: _____
		Durée: 4 semaines <input type="checkbox"/> Moins de 4 semaines <input type="checkbox"/> Si moins de 4 semaines, pourquoi? _____

SUIVI SEROLOGIQUE DE LA PERSONNE EXPOSEE

27	J0 - J8	VIH :	Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Indéterminé <input type="checkbox"/>
		VHB :	Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Indéterminé <input type="checkbox"/>
		VHC :	Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Indéterminé <input type="checkbox"/>
28	M3	VIH :	Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Indéterminé <input type="checkbox"/>
		VHB :	Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Indéterminé <input type="checkbox"/>
		VHC :	Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Indéterminé <input type="checkbox"/>
29	M6	VIH :	Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Indéterminé <input type="checkbox"/>
		VHB :	Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Indéterminé <input type="checkbox"/>
		VHC :	Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Indéterminé <input type="checkbox"/>

CONCLUSION

30	Statut VIH : Négatif <input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/>
	Si statut positif: Code d'identification nationale <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>
	Stade clinique de l'OMS 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
	Stade clinique CDC A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>

OBSERVATIONS

31	
----	--