

A. Identification de la **personne exposée**

Nom : _____ Prénom : _____ Sexe : ☐ masculin
DDN : _____ / _____ / _____ ☐ féminin
AAAA/MM/JJ
RAMQ : _____
Adresse : _____ Code postal : _____
Téléphone maison : _____ Téléphone bureau : _____ Téléphone cellulaire : _____

B. Évaluation de l'exposition

Date de l'exposition : _____ / _____ / _____ Heure de l'exposition : _____
AAAA/MM/JJ
Date de l'évaluation : _____ / _____ / _____ Heure de l'évaluation : _____
AAAA/MM/JJ

C. Information concernant l'exposition (se référer au questionnaire « Évaluation de l'exposition : Recueil des informations » (annexe 5) préalablement rempli)

Description de l'événement relié à l'exposition : _____

Lieu où est survenue l'exposition : _____

Type d'exposition : ☐ Blessure percutanée ☐ Muqueuse ou peau non saine
☐ Morsure avec bris de peau : • mordu : exposition blessure percutanée
• mordeur : exposition muqueuse
Contexte : ☐ Relié au travail CNESST : ☐ Oui ☐ Non
☐ Sexuelle
☐ Partage de matériel d'injection ou d'inhalation
☐ Aiguille à la traîne dans un contexte où l'exposition à des personnes infectées
par le VIH est probable (ex. lieu fréquenté par les UDI, etc.)
☐ Agression
☐ Autre : _____

Si relié au travail :

Précisez le titre d'emploi : _____

Précisez le nom de l'employeur : _____

☐ Remplir le questionnaire « Évaluation de l'exposition : Recueil des informations » (annexe 5) si non rempli

Autres informations reliées à l'exposition :

D. Évaluation de la **personne source**

Les renseignements contenus dans cette section ne doivent pas être transmis à personne sauf à un professionnel de la santé.

☐ Personne source **CONNUE** : Utiliser le questionnaire « Recherche de facteurs de risque chez la personne source » (annexe 6) si possible

☐ Disponible

☐ Questionnaire complété

☐ Refus de répondre au questionnaire

☐ Refuse de subir un prélèvement sanguin

☐ Non disponible

Précisez : _____

Tentative de la rejoindre : _____ Date : ____/____/____ Heure : _____

AAAA/MM/JJ

☐ Personne source **INCONNUE** : Milieu (lieu de l'exposition) considéré à risque?

☐ Oui

☐ Lieu fréquenté par des personnes UDI

☐ Source faisant partie d'un groupe à risque (ex. : HARSAH, pays endémique)

☐ Milieu de soins

☐ Autre, précisez : _____

☐ Non

E. Évaluation médicale initiale de la **personne exposée** (JOUR 0)

1. **En regard de la prophylaxie pour l'hépatite B** : (vaccin ou immunoglobulines)

a) Connue porteur HB: ☐ Oui → STOP

☐ Non*

b) Connue avec dosage anti-HBs ≥ 10 UI/L : ☐ Oui → STOP

☐ Non*

c) Vaccination contre l'hépatite B : ☐ Oui : ☐ Dosage anti-HBs < 10 UI/L (non répondeur) *

☐ Calendrier de vaccination complet¹, dosage anti-HBs inconnu*

☐ Calendrier de vaccination incomplet^{1*}

☐ Non*

Se référer au protocole d'immunisation du Québec (P.I.Q.), « [Algorithme postexposition à l'hépatite B](#) » ou à l'outil « [Aide à la décision pour la post exposition à l'hépatite B](#) » pour conduite à tenir selon les réponses

¹ Selon le calendrier de vaccination utilisé contre l'hépatite B- se référer au Protocole d'immunisation du Québec (P.I.Q.), [Vaccins HB : vaccin contre l'hépatite B, section Administration](#).

☐ Prophylaxie non indiquée

☐ Prophylaxie indiquée

	Nom	Posologie	Date AAAA/MM/JJ
Vaccin contre l'hépatite B			/ /
Immunoglobulines (HBIG) ²		(0,6ml/kg)	/ /

² Si indiquée, l'administration des immunoglobulines (HBIG) doit être faite le plus tôt possible après le contact-se référer au Protocole d'immunisation du Québec (P.I.Q.), [Immunoglobulines HBIG : immunoglobulines contre l'hépatite B, section Indications](#)

E. Évaluation médicale initiale de la personne exposée (JOUR 0) (suite)

2. En regard de la prophylaxie pour le VIH (thérapie anti-VIH ► antirétroviraux)

Selon l'exposition, consulter le tableau spécifique à chaque type d'exposition du [«Guide pour la prophylaxie et le suivi après une exposition au VIH, au VHB et au VHC»](#) : contact sexuel (p : 12), partage matériel injection (p : 14), morsure humaine (p : 15), muqueuse ou peau non saine (p : 16) et percutanée (p : 17)

☐ Prophylaxie non indiquée

☐ Prophylaxie indiquée

☐ Refusée par le patient Raison : _____

Antirétroviraux (Doses suggérées)	Début		Fin prévue
	Date AAAA/MM/JJ	Heure	Date AAAA/MM/JJ
Tenofovir/emtricitabine (<i>Truvada</i>) (1 co de 300/200 die) Raltegravir (<i>Isentress</i>) (1 co de 400 bid)	/ /		/ /
Tenofovir/emtricitabine (<i>Truvada</i>) (1 co de 300/200 die) Raltegravir HD (<i>Isentress HD</i>) (2 co de 600 die)	/ /		/ /
Solution de rechange : <i>Peuvent aussi être prescrits d'emblée si disponibles et s'il n'y a aucune contre-indication</i>			
Tenofovir/emtricitabine (<i>Truvada</i>) (1 co de 300/200 die) Lopinavir/ritonavir (<i>Kaletra</i>) (4 co de 200/50 die)	/ /		/ /
Autre : Enfants de moins de 12 ans - consulter l'annexe 8 p : 64 du «Guide pour la prophylaxie et le suivi après une exposition au VIH, au VHB et au VHC»	/ /		/ /
Femme enceinte - consulter l'annexe 7 p : 61 du «Guide pour la prophylaxie et le suivi après une exposition au VIH, au VHB et au VHC»	/ /		/ /

F. Prélèvements sanguins et autres tests (JOUR 0)

Sérologies - pour tous («Guide pour la prophylaxie et le suivi après une exposition au VIH, au VHB et au VHC» p : 25)		
	Fait	Non fait
AgHBs ³	☐	☐
Anti-HBs ³	☐	☐
Anti-VHC ^{4, 5}	☐	☐
Anti-VIH	☐	☐

³ Le dosage de l'AgHBs et des anti-HBs n'est pas nécessaire si au temps 0 la personne exposée est immune contre l'hépatite B (anti-HBs ≥ 10 UI/L) ou si elle a déjà des marqueurs d'infection par le VHB (AgHBs).

⁴ En cas de preuve que la source est infectée par le VHC, effectuer le dépistage selon le tableau «Sérologies-source infectée par le VHC» au bas de cette page.

⁵ Si la personne exposée a déjà eu un résultat positif à une sérologie anti-VHC, ne pas répéter la recherche des anti-VHC. L'analyse recommandée pour le dépistage est alors la recherche qualitative de l'ARN du VHC. Dans le cadre d'une exposition professionnelle, en raison des enjeux légaux, en plus d'effectuer une recherche qualitative de l'ARN du VHC, orienter la personne vers un collègue expérimenté.

Sérologies - source infectée par le VHC («Guide pour la prophylaxie et le suivi après une exposition au VIH, au VHB et au VHC» p : 26)		
Personne exposée - Immunocompétente		
	Fait	Non fait
Anti-VHC ⁵	☐	☐
ARN du VHC	☐	☐
Personne exposée - Immunosupprimée ou vivant avec le VIH		
Anti-VHC ⁵	☐	☐
ARN du VHC	☐	☐

F. Prélèvements sanguins et autres tests (JOUR 0) (suite)

Bilan sanguin - si thérapie anti-VIH débutée («Guide pour la prophylaxie et le suivi après une exposition au VIH, au VHB et au VHC» p : 28)		
	Fait	Non fait
FSC	☐	☐
Créatinine	☐	☐
ALT	☐	☐

Dépistage des autres ITSS - si exposition sexuelle		
	Fait	Non fait
Chlamydia	☐	☐
Gonorrhée	☐	☐
Syphilis	☐	☐

- ☐ Kit de départ donné : _____ jours
- ☐ Prescription thérapie anti-VIH donnée : _____ jours
- ☐ Attestation médicale (déclaration du travailleur) remise, si applicable
- ☐ Conseils pour une période de 3 mois : ☐ pratiques sécuritaires à adopter pour tout type de relation sexuelle
☐ s'abstenir de donner du sang, organes, tissus ou sperme
☐ éviter le partage de brosse à dents, coupe-ongles et rasoirs ainsi que tout matériel d'injection et d'inhalation
☐ éviter la grossesse et l'allaitement
- ☐ Remise du dépliant d'informations pour la personne exposée
- ☐ Counseling/ médication (se référer à l'annexe 3 «Counseling auprès de la personne exposée» p : 53 et à l'annexe 9 «Feuillets d'information sur certains médicaments» p : 65 du «Guide pour la prophylaxie et le suivi après une exposition au VIH, au VHB et au VHC»)
- ☐ R.-V. pour le suivi : Date : _____ / _____ / _____ Lieu : _____
- Signature du professionnel : _____ Date : _____ / _____ / _____

AAAA/MM/JJ

Sources : Centre de référence de PPE professionnelle aux liquides biologiques de Montréal
« Recommandations régionales pour la prise en charge des personnes exposées au sang et aux autres liquides biologiques-L' urgence d'agir », Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec, 2011.

