

DÉCLARATION DE RISQUE DE CONTAMINATION

IDENTIFICATION DE L'EMPLOYÉ

NOM DU TAP : _____ POINT DE SERVICE : _____

NO. D'EMPLOYÉ : _____ TÉLÉPHONE (RÉS.) : (____) ____ - ____ CELL. : (____) ____ - ____

Date de l'exposition à la contamination : ____/____/____/ Heure : _____

Lieu de l'événement : _____
 (lieu)

_____ (adresse)

IDENTIFICATION DE L'ORIGINE DU RISQUE

AS-810 _____ # AS-803 _____

Nom du patient : _____ Date de naissance : _____

VOIES DE TRANSMISSION :

PRÉCAUTIONS QUI ONT ÉRÉ PRISES :

| | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Par voie aérienne | <input type="checkbox"/> Gants |
| <input type="checkbox"/> Par contact | <input type="checkbox"/> Lunette |
| <input type="checkbox"/> Gouttelettes | <input type="checkbox"/> Jaquette |
| <input type="checkbox"/> Par le sang ou liquides organiques | <input type="checkbox"/> Masque, type : |
| <input type="checkbox"/> Autres, préciser : | <input type="checkbox"/> V.P.I. |
| | <input type="checkbox"/> Autres, préciser : |

S.V.P. : Donnez une description détaillée des circonstances qui ont encouru la contamination possible incluant les mesures prises après :

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

Centre hospitalier avisé : _____

Traitement prescrit : _____

Date : ____/____/____ heure : _____

| | |
|--|------------------------------|
| Nom du médecin consulté : _____ | |
| Nom de la personne qui a complété le rapport : _____ | |
| _____ | |
| Signature : _____ | Date : Date : ____/____/____ |