

# Contamination professionnelle VIH

Dans le cadre de la surveillance, est à déclarer chez un personnel de santé :

- une séroconversion documentée (apparition des Ac anti-VIH ou détection de l'ARN du VIH suivie d'une positivité des Ac anti-VIH) dans les six mois après une exposition accidentelle survenue sur le lieu de travail ;
- ou une infection présumée devant la découverte d'une séropositivité VIH chez un personnel de santé ayant pu être exposé au cours de son activité professionnelle au VIH, ce personnel de santé n'ayant pas d'autre mode de contamination retrouvé.

Date de la déclaration :

## 1. PERSONNEL DE SANTÉ

Date de naissance :

Sexe :  M  F

Fonction : .....

## 2. AES

Date de l'accident :

Lieu de travail au moment de l'accident (spécialité du service) : .....

Circonstances de l'accident :

• Nature de l'exposition :

Piqûre\*, préciser le type de l'aiguille (IV, IM, suture...) : .....

Coupure\*, préciser le matériel en cause (lame, bistouri...) : .....

Projection, préciser la localisation :  Yeux  Bouche  Visage  Peau lésée

Autre, préciser : .....

\*En cas de piqûre ou de coupure, préciser la profondeur de la blessure :  Superficielle  Profonde

(ex. : égratignure)

(ex. : douleur, saignement)

• Nature du liquide biologique en cause : .....

• Tâche en cours (ex. : injection sous-cutanée) : .....

• Mécanisme (ex. : en recapuchonnant) : .....

• Décrire en clair les circonstances : .....

.....

.....

• Mesures protectrices (ex. : gants, lunettes, vêtements...) :  Oui  Non  Inconnu

Si oui, préciser : .....

Premières mesures prises après l'accident :

• Soins locaux immédiats (lavage, antiseptie) :  Oui  Non  Inconnu

• Réalisation d'une sérologie VIH négative de référence (J0) :  Oui  Non  Inconnu

Si oui, date :

GERES

GRUPE D'ÉTUDE SUR LE RISQUE  
D'EXPOSITION DES SOIGNANTS  
aux agents infectieux

Santé  
publique  
France

Avant de recueillir les informations figurant sur ce questionnaire, vous devez informer le personnel de santé concerné, grâce notamment à la notice individuelle d'information et obtenir son accord. Les informations recueillies sont strictement confidentielles et restent sous la responsabilité du médecin chargé de la surveillance des contaminations professionnelles VIH, VHC et VHB au Groupe d'étude sur le risque d'exposition des soignants aux agents infectieux (Geres). Santé publique France sera associé à l'analyse et la valorisation de ces données qui permettront d'aider à l'identification des pratiques à risque en milieu professionnel et d'adapter la prévention et la prise en charge des expositions accidentelles. Conformément à la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés du 6 janvier 1978, le personnel de santé bénéficie d'un droit d'opposition, d'accès et de rectification aux informations qui le concernent. Ces droits peuvent être exercés par votre intermédiaire auprès du Geres.

### 3. PATIENT SOURCE

Sérologie VIH :  Connue positive au moment de l'AES  Découverte positive au décours de l'AES  Inconnue

En cas de séropositivité VIH chez le patient source, préciser les informations disponibles au moment de l'AES :

- ARN VIH plasmatique (le plus proche de l'AES) : \_\_\_\_\_ copies/ml Date : \_\_\_\_\_  Inconnu
- Stade clinique de primo-infection :  Oui  Non  Inconnu
- Traitement antirétroviral (en cours ou antérieur) :  Oui  Non  Inconnu
- Suspicion de résistance à au moins un antirétroviral :  Oui  Non  Inconnu  
Si oui, préciser le(s) quel(s) : .....
- Co-infection : - par le VHC : ARN VHC :  Positif  Négatif  Inconnu  
- par le VHB : Ag HBs :  Positif  Négatif  Inconnu

Interlocuteurs éventuels pour obtenir les informations ci-dessus (coordonnées des médecins prenant en charge le patient source) :  
.....

### 4. PROPHYLAXIE POSTEXPOSITION CHEZ LE PERSONNEL DE SANTÉ

Une prophylaxie antirétrovirale a-t-elle été prescrite :  Oui  Non

Délai de 1<sup>re</sup> prise après l'AES (en H) : .....

Si oui, préciser le type d'antirétroviraux, les doses, la date de début et la date de fin :

Molécules	Dose journalière	Date de début	Date de fin
		_____	_____
		_____	_____
		_____	_____
		_____	_____

Préciser si l'observance a semblé bonne :  Oui  Non  Inconnu

### 5. SUIVI CLINIQUE ET SÉROLOGIQUE DU PERSONNEL DE SANTÉ APRÈS L'AES

Symptômes de primo-infection :  Oui  Non

Si oui : - préciser la date de leur apparition : \_\_\_\_\_

- préciser les symptômes : .....

Dates et résultats des examens virologiques successifs :

Date	Ag p24	Ac anti-VIH	ARN VIH (copies/ml)
_____			
_____			
_____			
_____			

### 6. COMMENTAIRES

.....  
.....

### 7. COORDONNÉES DU MÉDECIN DÉCLARANT

Nom : ..... Prénom : .....

Hôpital et ville : .....

Service : ..... Tél : \_\_\_\_\_ E-mail : .....

**Questionnaire à adresser sous pli confidentiel au :**  
GERES – Dr Dominique Abiteboul  
Faculté de médecine Bichat  
16, rue Henri Huchard – 75018 Paris  
Tél. : 01 57 27 78 70 – E-mail : geres@geres.org