

NOM : _____
 Prénom : _____
 Nom de naissance : _____
 Né(e) le : _____
 Sexe : _____
 Numéro patient : _____
 Service demandeur : _____

Prescripteur : _____
 Préleveur : _____
 Fonction : _____
 Signature : _____

AES / AEV

**ACCIDENT
 D'EXPOSITION AU
 RISQUE VIRAL**

MICROBIOLOGIE

DSEL0036013



Date de prélèvement obligatoire

□	□	/	□	□	/	□	□
J	J		M	M		A	A

Heure de prélèvement obligatoire

□	□	/	□	□
H	H		M	M

Prélever 2 tubes SERUM ou SERUM GEL et renseigner le contexte ci-dessous - 1 SUJET / POCLETTE !
 Prélèvement à adresser EN URGENCE à l'accueil des prélèvements de l'IBC (1er étage)

Médecin « RÉFÉRENT »

Nom (et fonction) :

Service :

☎ ou Bip pour rendu des résultats en urgence :

□	□	□	□	□	□
Date de l'accident					
□	□	□	□		
Heure de l'accident					

Contexte de l'AEV (renseigner 1 situation)

AGENT EXPOSE DANS LE CADRE D'UN AEV PROFESSIONNEL
 Seront réalisés : VIH (dépistage), Anticorps HBs et VHC [AEVEXP]

Identité du sujet source :

SUJET SOURCE DANS LE CADRE D'UN AEV PROFESSIONNEL
 Seront réalisés : VIH (dépistage), VHB (dépistage) et VHC [AEVSOU]
 (un test rapide VIH sera effectué durant la permanence de soins)

Identité de l'agent exposé :

AEV SEXUEL (Sujet exposé sans partenaire identifiable) [AEVSEX]
 Seront réalisés : VIH (dépistage), VHB (dépistage), VHC et syphilis

AEV MUTUEL / COUPLE (1 pochette par sujet prélevé) [AEVMUT]
 Seront réalisés : VIH (dépistage), VHB (dépistage), VHC et syphilis
 (un test rapide VIH sera effectué durant la permanence de soins)

Identité du partenaire :

AEV Autre : Préciser le contexte :

Seront réalisés : VIH (dépistage), VHB (dépistage), VHC et syphilis
 VIH (test rapide) en urgence [AEVAUT]

Si et seulement si le SUJET SOURCE est déjà connu POSITIF

pour le VIH
 pour le VHC
 pour le VHB

LUI PRÉLEVER 3 TUBES EDTA (violets) supplémentaires (pour charge virale)

[N°PLASMA]

Service assurant le SUIVI

Médecine du Travail CHU
 Médecin du CeGIDD - SMIT
 AUTRE :

(médecin traitant, médecin du travail hors CHU...)

NOM :

Adresse :

Téléphone :

[ORI-2]

Cadre réservé au laboratoire

Tubes	Date de réception	Heure de réception
□	□ □ / □ □	□ □ / □ □
<input type="checkbox"/> TN	<input type="checkbox"/> SE	<input type="checkbox"/> TM
	<input type="checkbox"/> Plasma	<input type="checkbox"/> Autres



MICROBIOLOGIE

AES/AEV : réception 24h/24 au laboratoire

MICROBIOLOGIE

AES/AEV : réception 24h/24 au laboratoire

MICROBIOLOGIE