PROCÉDURE ET FORMULAIRES POUR EXPOSITIONS AU SANG ET AUX LIQUIDES BIOLOGIQUES

Pour le site adulte du GLEN seulement

PROCEDURE AND FORMS FOR EXPOSURES TO BLOOD AND/OR BODY FLUIDS

For the GLEN adult site only



Pour information additionnelle, consulter internet:
For further information, consult the internet:

http://www.healthycanadians.gc.ca/diseases-conditions-maladies-affections/disease-maladie/hiv-vih-eng.php
http://www.phac-aspc.gc.ca/hepc/faq-eng.php

Prévention et promotion de la santé – Prevention and Health Promotion
383-8300, Decarie Montréal (Québec) H4P 2P5
Réception / Reception : poste/ext. 34051
preventionsante@muhc.mcgill.ca

2022

PROCÉDURE À SUIVRE EN CAS D'EXPOSITION AU SANG ET LIQUIDES BIOLOGIQUES

1. L'employé(e) doit constater qu'il (elle) a été exposé(e) suite à :
   - une perforation de la peau occasionnée par une aiguille contaminée ou un objet tranchant
   - une coupure
   - une éclaboussure dans les yeux, le nez ou la bouche
   - une éclaboussure sur une partie lésée de la peau (eczéma, dermatite, plaie cutanée, etc.)

2. Premiers soins :

   A) **EXPOSITION PARENTÉRALE:**
   Laver la plaie avec de l'eau et du savon et rincer abondamment. Il ne faut pas brosser, ni utiliser de solution corrosive ou irritante **(contenant de l'eau de Javel ou de l'alcool)** à cause du risqued'irritation ou de brûlure qui a pour effet d'augmenter la perméabilité des vaisseaux sanguins des tissus lésés, donc le risque de transmission.

   B) **EXPOSITION MUQUEUSE:**
   Rincer abondamment la région touchée avec l'eau du robinet le plus rapidement possible pour au moins 5 minutes.

   C) **Toute plaie qui nécessite une plus grande intervention:**
   Rendez-vous immédiatement à l'urgence.

3. **Informer votre chef de service ou la personne responsable.**

4. **Compléter le rapport d'exposition approprié** dûment signé par le chef de service ou la personne responsable. N'oubliez pas de bien inscrire le nom du patient-source ainsi que son numéro de dossier.

5.1 ***SI*** **l'exposition survient les jours ouvrables du lundi au vendredi de 8 heures à 16 heures :**

   A) **si le patient-source est connu :**
      i. demander à l'infirmier(ère)-chef ou en charge ou au résident de compléter le formulaire d'évaluation des facteurs de risque du patient-source qui se retrouve dans ce paquet;
      ii. l'infirmière ou le résident doit obtenir le consentement du patient-source (parent ou personne légalement responsable si le patient-source à moins de 14 ans) pour les prélèvements requis (formulaire de consentement dans le sachet). Le formulaire du consentement reste dans le dossier médical du patient;
      iii. l'infirmière chef ou en charge doit s'assurer que les tests concernant le patient-source ont été faits;
      iv. contacter immédiatement le **Service de prévention et promotion de la santé** au **poste 34051**.

   B) **si le patient-source n'est pas connu :**
      i. contacter le **Service de Prévention et promotion de la santé** et envoyer le formulaire à l'infirmière.

5.2. ***SI*** **l'exposition survient le soir, la nuit, les fins de semaine ou durant les congés :**

   A) **si le patient-source est connu :**
      i. demander à l'infirmier(ère)-chef ou en charge ou au résident de compléter le formulaire d'évaluation de risque pour le patient-source qui se retrouve dans ce paquet;
      ii. l'infirmière ou le résident doit obtenir le consentement du patient-source (parent ou personne légalement responsable si le patient-source à moins de 14 ans) pour les prélèvements requis (formulaire de consentement dans le sachet). Le formulaire de consentement reste dans le dossier médical du patient;
      iii. **L'infirmière chef ou en charge doit s'assurer que les tests demandés concernant le patient-source ont été faits.**

   B) **si le patient-source n'est pas connu ou si le patient-source est évalué(e) à risque élevé pour le VIH :**
   l'employé(e) est référé(e) immédiatement **à l'urgence** pour évaluation **(l'employé(e) devrait être évalué(e) dans l'heure qui suit l'exposition)**.
      i. si le patient-source est évalué(e) à risque pour l'hépatite B ou C, le délai pour être rencontré ne doit pas dépasser 7 jours. Le suivi sera fait par le service de prévention;
      ii. **L'employé(e) doit laisser un message sur la boîte vocale du service de prévention et promotion de la santé (poste 34051)**. Le Service de prévention contactera par la suite l'employé(e) pour effectuer le suivi;
      iii. L'infirmier(ère) en charge ou la salle d'urgence le cas échéant, **doit faire parvenir les formulaires complétés par courriel au preventionsante@muhc.mcgill.ca;**
      iv. L'employé(e) rapportera **les formulaires** complétés et non utilisés au **Service de prévention et promotion de la santé** à l'infirmière lors du rendez vous. Aucun formulaire de ce sachet ne devrait être laissé à l'urgence.



(English other side)

POST-EXPOSURE PROCEDURE
FOR EXPOSURES TO BLOOD AND BODY FLUIDS

1. Employee should ascertain that she has sustained an exposure by:
   - ☞ a stick by a contaminated sharp object that has pierced the skin;
   - ☞ a cut;
   - ☞ splashes into the eyes, nose or mouth;
   - ☞ splashes onto non-intact skin (eczema, dermatitis, open wounds, etc.)

2. First Aid:

   A) **PARENTERAL EXPOSURE:**
   Wash the wound with soap and water and rinse thoroughly. Do not scrub or use corrosive or irritant solutions **(bleach or alcohol)**. Their irritant or caustic properties have a vasodilative effect, thereby increasing the risk of transmission.

   B) **MUCOSAL EXPOSURE:**
   Rinse the exposed area thoroughly under running water for at least 5 minutes.

   C) **INJURIES REQUIRING MORE EXTENSIVE INTERVENTION:**
   Proceed to the Emergency Department for assessment.

3. **Report the exposure to your manager or person in charge**.

4. **Fill out the appropriate exposure report form**, duly signed by the manager or person in charge. Remember to write down the name and hospital number of the source patient.

5.1 ***IF*** **the exposure occurs Monday to Friday from 8:00 a.m. to 4:00 p.m. (non-statutory holiday):**

   A) **if the source is known:**
   - i. Immediately ask the nurse manager (NM), nurse-in-charge (N I/C) or resident to complete the patient risk assessment sheet in the package;
   - ii. The NM, N I/C or resident must obtain consent from the source patient (or the person legally responsible, if the source patient is less than 14 years old) for testing as soon as possible (consent form in the package). The consent form must be filed in patient's medical file.
   - iii. The NM or N I/C must ensure that all tests for the source patient are done;
   - iv. Immediately contact the **Prevention and Health Promotion** at **extension 34051**.

   B) **if the source is unknown:**
   - i. Contact the **Prevention and Health Promotion** Department and bring the **package** with you to the appointment.

5.2 ***IF*** **the exposure occurs on evenings or nights on weekdays, weekends or on holidays:**

   A) **if the source is known:**
   - i. Immediately ask the nurse manager (NM), nurse-in-charge (N I/C) or resident to complete the patient risk assessment sheet in this package;
   - ii. The NM, N I/C or resident must obtain consent from the source patient (or the person legally responsible, if the source patient is less than 14 years old) for testing as soon as possible (consent form in the package); The consent form must be filed in patient's medical file.
   - iii. **The NM or N I/C must ensure that all tests for the source patient are done;**

   B) **if the source is unknown or if the source-patient is assessed as high-risk for HIV:**
   The employee must proceed to the Emergency Department **immediately** for appropriate treatment. **The employee must be seen within 1 hour**;
   - i. If the source is assessed as high risk for hepatitis B or C, the employee can wait until Prevention is open but must be seen within 7 days of exposure. The follow-up will be done by the Prevention and Health Promotion Department.
   - ii. The employee must leave a message on the voicemail of the **Prevention and Health Promotion Department (extension 34051).** Prevention will contact the employee for follow-up;
   - iii. The employee's manager or, the Emergency Department must **send the completed forms to preventionsante@muhc.mcgill.ca**
   - iv. Employee must bring the entire package including unused forms to the scheduled appointment with the Prevention and Health Promotion nurse.



(Français au verso)

Centre universitaire de santé McGill
McGill University Health Centre

Formulaire de rapport de ponctions accidentelles

NOM DE L'EMPLOYÉ(E): _____ (NOM / PRÉNOM) DATE DE L'ACCIDENT: (AA/MM/JJ) _____

NUMÉRO D'IMPLOYÉ(E): _____ CENTRE DE COÛT: _____ TÉLÉPHONE: _____ (DOMICILE) _____ (POSTE AU TRAVAIL)

EMPLOI: _____ LIEU DE TRAVAIL: _____ HEURE: _____ AM / PM

LIEU DE SURVENUE DE L'EXPOSITION? (cochez une case)

UNITÉS DE SOINS

- ❑ médecine, *spécifiez*: _____
- ❑ chirurgie, *spécifiez*: _____
- ❑ mixte (médecine/chirurgie), *spécifiez:* _____
- ❑ obstétrique/gynécologie, *spécifiez:* _____
- ❑ salle de travail/salle d'accouchement/chambre de naissance, *spécifiez:* _____
- ❑ psychiatrie, *spécifiez:* _____

ENDROIT SUR L'UNITÉ DE SOINS *(cochez une seule case)*

- ❑ chambre du patient
- ❑ corridor
- ❑ poste infirmier
- ❑ salle d'utilité
- ❑ autre, *spécifiez*: _____

- ❑ salle d'opération
- ❑ salle de réveil
- ❑ salle d'urgence
- ❑ soins intensifs, *spécifiez:* _____
- ❑ laboratoire clinique, *spécifiez*: _____
- ❑ banque de sang
- ❑ centre de prélèvements
- ❑ salle d'autopsie
- ❑ salle d'examens diagnostiques (RX,EMG, etc.), *spécifiez*: _____
- ❑ unité de dialyse
- ❑ clinique externe
- ❑ cabinet du médecin/dentiste
- ❑ buanderie
- ❑ stérilisation centrale
- ❑ autre, *spécifiez*: _____
- ❑ inconnu

LE PATIENT SOURCE A-T-IL ÉTÉ IDENTIFIÉ? (cochez une case)

❑ oui si oui... ⇩ ❑ non

LE PATIENT A-T'IL DONNÉ SON CONSENTEMENT AUX TESTS SANGUINS?

❑ oui ❑ non

Nom du patient source: _____

Numéro de dossier: _____ Chambre: _____

Médecin traitant: _____

EST-CE QUE L'OBJET OU LES DENTS ONT TRANSPERCÉ? (cochez une seule case)

❑ oui ❑ non

QUEL DISPOSITIF OU OBJET A CAUSÉ LA BLESSURE?

L'OBJET TRANCHANT: (cochez les cases appropriées)

- ❑ était visiblement souillé de sang
- ❑ avait servi auprès d'un patient mais aucune sang n'était visible sur l'objet
- ❑ provenait directement d'un vaisseau sanguin (veine ou artère)
- ❑ inconnu (pour les accidents avec objet non contaminé, utilisez le formulaire "Rapport et analyse incident/accident et maladie professionnelle")

L'EXPOSITION EST SURVENUE: (cochez une case)

- ❑ durant l'utilisation de l'objet
  À CAUSE DE: *(cochez une case)*
  - ❑ un faux mouvement
  - ❑ une collision (avec patient, collègue)
  - ❑ une défectuosité du dispositif
  - ❑ autre, *spécifiez*: _____
- ❑ lors du recapuchonnage d'une aiguille
- ❑ pendant le désassemblage d'un dispositif ou d'un équipement
- ❑ en retirant une aiguille enfoncée dans du caoutchouc
- ❑ durant le tri, le nettoyage, la désinfection, la stérilisation d'instruments réutilisables
- ❑ durant le transport d'un objet mais avant son élimination
- ❑ en jetant un objet dans le collecteur
- ❑ à cause d'un objet laissé sur ou près d'un collecteur
- ❑ à cause d'un objet sortant de l'orifice d'un collecteur
- ❑ à cause d'un objet ayant percé le collecteur
- ❑ à cause d'un objet laissé dans un endroit inapproprié (lit, sol, poche, etc.)
- ❑ à cause d'un objet ayant percé un sac de poubelle ou autre contenant
- ❑ durant la contention d'un patient
- ❑ durant le passage d'un instrument de main à main
- ❑ autre, *spécifiez*: _____
- ❑ inconnu

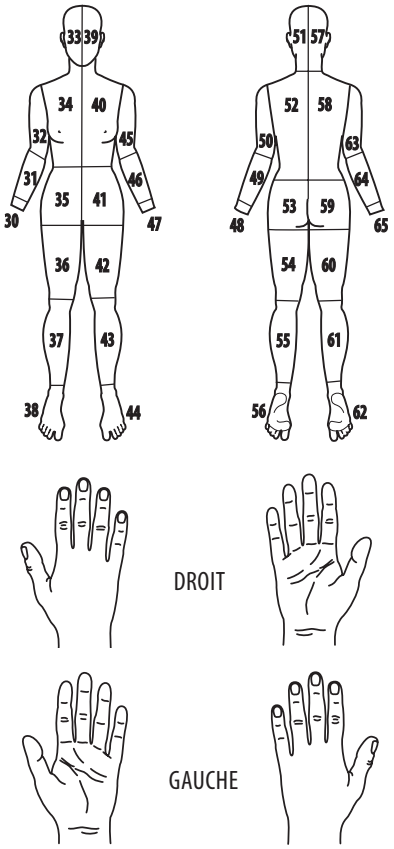
EST-CE QUE L'OBJET OU LES DENTS ONT TRANSPERCÉ? (cochez une seule case)

- ❑ une paire de gants
- ❑ deux paires de gants
- ❑ aucun gant
- ❑ autre matériel, *spécifiez*: _____

PROFONDEUR DE LA BLESSURE: (cochez une seule case)

- ❑ superficielle (égratignure sans saignement)
- ❑ modérée (effraction de la peau avec saignement)
- ❑ profonde (piqûre profonde ou coupure avec ou sans saignement)

INDIQUEZ L'ENDROIT DE LA BLESSURE



STATUT D'HÉPATITE B (cochez une case)

- ❑ J'ai reçu 3 doses de vaccin
- ❑ Je n'ai pas reçu de vaccin pour l'hépatite B
- ❑ Je suis partiellement vacciné(e)
- ❑ Je ne connais pas mon statut
- ❑ J'ai un taux d'anticorps hépatite B suffisant pour me protéger à la suite d'une hépatite antérieure

DÉCRIVEZ LES CIRCONSTANCES AYANT CAUSÉ LA BLESSURE _____

_____

_____

SIGNATURE DE L'EMPLOYÉ(E) DATE (AA/MM/JJ) SIGNATURE DU RESPONSABLE DATE (AA/MM/JJ)

Centre universitaire de santé McGill
McGill University Health Centre

Exposure Report Form Needlestick or Sharp Injury

EMPLOYEE NAME: _____ DATE OF ACCIDENT: (YY/MM/DD) _____
LAST NAME FIRST NAME

EMPLOYEE NUMBER: _____ COST CENTRE NUMBER: _____ TELEPHONE: _____ _____
HOME WORK EXTENTION

OCCUPATION: _____ WORK AREA: _____ TIME: _____ AM / PM

WHERE DID THE EXPOSURE OCCUR? (check one only)

WARD

- ❑ medical, *specify*: _____
- ❑ surgical, *specify*: _____
- ❑ mixed (medical/surgical), *specify*: _____
- ❑ obstetrics/gynaecology, *specify*: _____
- ❑ labour/delivery/birthing room, *specify*:
- ❑ psychiatry, *specify*: _____

WHERE ON THE WARD *(check one only)*

- ❑ patient's room
- ❑ corridor
- ❑ nursing station
- ❑ utility room
- ❑ other, *specify*: _____

- ❑ operating room
- ❑ post-op recovery room
- ❑ emergency room
- ❑ intensive care unity, *specify*: _____
- ❑ clinical laboratory, *specify*: _____
- ❑ blood bank
- ❑ venipuncture centre
- ❑ autopsy/pathology _____
- ❑ procedure room (X-ray, EMG, etc.), *specify*: _____
- ❑ dialysis facility
- ❑ outpatient clinic
- ❑ physician/dentist office
- ❑ laundry room
- ❑ sterilisation unit
- ❑ other, *specify*: _____

WAS THE SOURCE PATIENT IDENTIFIABLE? (check one)

❑ yes if yes... ❑ no

PATIENT CONSENTED TO BLOOD TESTING?

❑ yes ❑ no

Source patient: _____

Unit number: _____ Room: _____

Treating M.D.: _____

WAS THE INJURED WORKER THE ORIGINAL USER OF THE SHARP ITEM? (check one)

❑ yes ❑ no

WHAT DEVICE OR ITEM CAUSED THE INJURY?

THE DEVICE WAS (check all that apply)

- ❑ visibly stained with blood
- ❑ used on patient but no blood was visible on the object
- ❑ had just been pulled from blood vessel (vein or artery)
- ❑ unknown (If the device was not contaminated with blood or bloody body fluids, use the form, "Report and Analysis work-related Incident/Accident and Occupational Disease")

DID THE INJURY OCCUR (check one only)

- ❑ while using the device

BECAUSE OF: *(check one only)*

- ❑ a false move
- ❑ a collision (with patient, colleague)
- ❑ a defective device
- ❑ other, *specify*: _____

- ❑ while recapping a needle
- ❑ while disassembling a device or piece of equipment
- ❑ while withdrawing a needle from rubber material
- ❑ while sorting, cleaning, disinfecting, sterilising reusable devices
- ❑ while carrying a device before disposal
- ❑ while discarding a device in a sharps container
- ❑ because of a device left on or near a sharps container
- ❑ because of a device protruding from a sharps container
- ❑ because of device piercing through a sharps container
- ❑ because of a device left in an inappropriate place (bed, floor, pocket, etc.)
- ❑ because of a device piercing through a garbage bag or other container
- ❑ while restraining a patient
- ❑ while passing an instrument from hand to hand
- ❑ other, *specify*: _____
- ❑ unknown

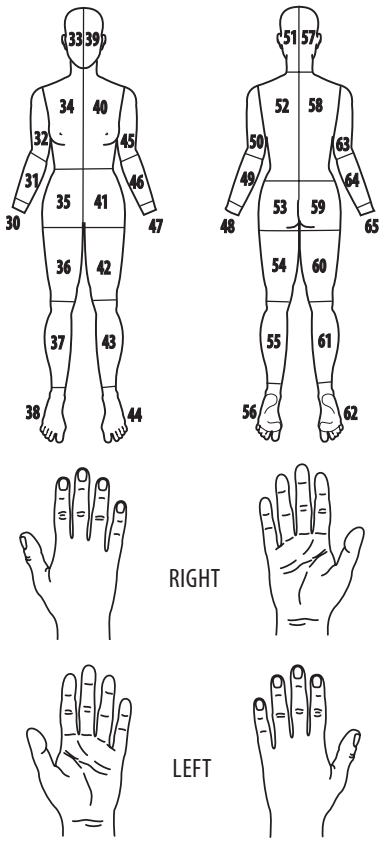
DID THE DEVICE OR TEETH PIERCE THROUGH (check one only)

- ❑ a pair of gloves
- ❑ two pairs of gloves
- ❑ no gloves
- ❑ other material, *specify*: _____

WAS THE INJURY (check one only)

- ❑ superficial (scratch without bleeding)
- ❑ moderate (broken skin with bleeding)
- ❑ severe (deep stick or cut with or without bleeding)

MARK THE LOCATION OF THE INJURY



HEPATITIS B HISTORY (check one)

- ❑ I have been completely vaccinated for Hepatitis B (3 doses)
- ❑ I have not received the Hepatitis B vaccine
- ❑ I am partially vaccinated
- ❑ I do not know my vaccine status
- ❑ I have protective levels of anti-Hbs from prior illness

DESCRIBE THE CIRCUMSTANCES LEADING TO THIS EXPOSURE: _____

_____

_____

_____ _____
SIGNATURE OF EMPLOYEE DATE (YY/MM/DD) SIGNATURE OF PERSON IN CHARGE DATE (YY/MM/DD)

Centre universitaire de santé McGill
McGill University Health Centre

Formulaire de rapport d'exposition au sang et aux liquides organiques

NOM DE L'EMPLOYÉ(E): _____ DATE DE L'ACCIDENT: (AA/MM/JJ)_____
NOM PRÉNOM

NUMÉRO D'IMPLOYÉ(E): _____ CENTRE DE COÛT: _____ TÉLÉPHONE: _____ _____
DOMICILE POSTE AU TRAVAIL

EMPLOI: _____ LIEU DE TRAVAIL: _____ HEURE: _____ AM / PM

LIEU DE SURVENUE DE L'EXPOSITION? (cochez une case)

UNITÉS DE SOINS

- ❑ médecine, *spécifiez*:_____
- ❑ chirurgie, *spécifiez*: _____
- ❑ mixte (médecine/chirurgie), *spécifiez:* _____
- ❑ obstétrique/gynécologie, *spécifiez:*_____
- ❑ salle de travail/salle d'accouchement/chambre de naissance, *spécifiez:* _____
- ❑ psychiatrie, *spécifiez:* _____

ENDROIT SUR L'UNITÉ DE SOINS *(cochez une seule case)*

- ❑ chambre du patient
- ❑ corridor
- ❑ poste infirmier
- ❑ salle d'utilité
- ❑ autre, *spécifiez:* _____

- ❑ salle d'opération
- ❑ salle de réveil
- ❑ salle d'urgence
- ❑ soins intensifs, *spécifiez:* _____
- ❑ laboratoire clinique, *spécifiez*: _____
- ❑ banque de sang
- ❑ centre de prélèvements
- ❑ salle d'autopsie
- ❑ salle d'examens diagnostiques (RX,EMG, etc.), *spécifiez:* _____
- ❑ unité de dialyse
- ❑ clinique externe
- ❑ cabinet du médecin/dentiste
- ❑ buanderie
- ❑ stérilisation centrale
- ❑ autre, *spécifiez*: _____
- ❑ inconnu

LE PATIENT SOURCE A-T-IL ÉTÉ IDENTIFIÉ? (cochez une case)

❑ oui si oui... ⇩ ❑ non

LE PATIENT A-T'IL DONNÉ SON CONSENTEMENT AUX TESTS SANGUINS?

❑ oui ❑ non

Nom du patient source: _____

Numéro de dossier: _____ Chambre: _____

Médecin traitant: _____

L'ENDROIT EXPOSÉ ÉTAIT: (cochez les cases appropriées)

- ❑ yeux
- ❑ narines
- ❑ peau saine
- ❑ bouche
- ❑ peau non-saine
- ❑ autre, précisez: _____

QUELS SON LES LIQUIDES ORGANIQUES EN CAUSE ? (cochez les cases appropriées)

- ❑ sang, sérum ou plasma
- ❑ liquide amniotique
- ❑ liquide pleural
- ❑ liquide péritonéal
- ❑ liquide synovial
- ❑ salive
- ❑ liquide céphalo-rachidien
- ❑ sperm
- ❑ sécretions vaginales
- ❑ liquide péricardique
- ❑ autre liquide ou tissu, *spécifiez:* _____
- ❑ inconnu _____

LE SANG OU LES LIQUIDES ORGANIQUES ONT-ILS: (cochez une seule case)

- ❑ touché la peau non saine/muqueuse non protégée?
- ❑ touché la peau non saine/ muqueuse dans un espace entre les vêtements protecteurs?
- ❑ traversé les vêtements/l'équipement protecteur?
- ❑ traversé les vêtements autres que protecteurs?
- ❑ inconnu

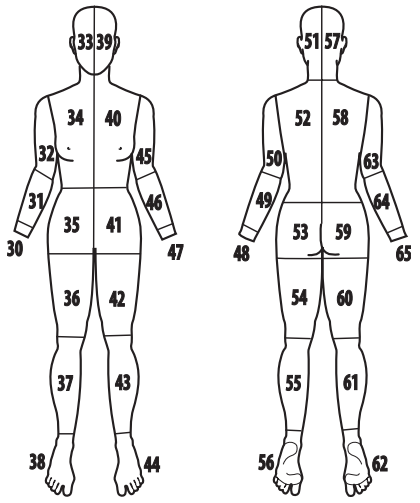
COMBIEN DE TEMPS LE SANG OU LES LIQUIDES ORGANIQUES ONT-ILS ÉTÉ EN CONTACT AVEC LA PEAU NON SAINE OU LA MUQUEUSE? (cochez une seule case)

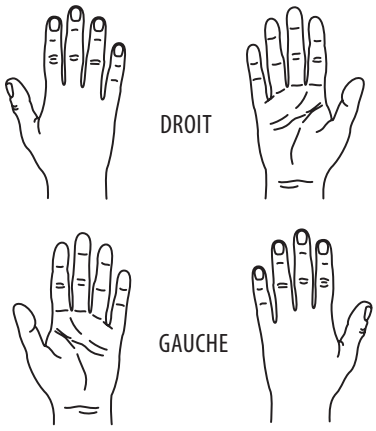
- ❑ moins d'une minute
- ❑ de 5 à moins de 15 minutes
- ❑ de 1 à moins de 5 minutes
- ❑ de 15 à moins de 60 minutes
- ❑ 60 minutes ou plus

QUELLE EST LA QUANTITÉ DE SANG OU DE LIQ. ORGANIQUES QUI A ÈTÈ EN CONTACT AVEC LA PEAU OU LA MUQUEUSE (cochez une seulement)

- ❑ quelques gouttes
- ❑ petite quantité (jusqu'à 5 ml ou une cuillère à thé)
- ❑ quantité moyenne (jusqu'à 50 ml ou un quart de tasse)
- ❑ quantité importante (plus de 50 ml)

INDIQUEZ L'ÉTENDUE ET L'ENDROIT EXPOSÉS





STATUT D'HEPATITE B (cochez une case)

- ❑ J'ai recu 3 doses de vaccin
- ❑ Je n'ai pas recu de vaccin pour l'hépatite B
- ❑ Je suis partiellement vacciné(e)
- ❑ Je ne connais pas mon statut
- ❑ J'ai un taux d'anticorps hépatite B suffisant pour me protéger à la suite d'une hépatite antérieure

DÉCRIVEZ LES CIRCONSTANCES AYANT CAUSÉ L'EXPOSITION_____

_____

_____

_____ _____
SIGNATURE DE L'EMPLOYÉ(E) DATE (AA/MM/JJ)

_____ _____
SIGNATURE DU RESPONSABLE DATE (AA/MM/JJ)

Centre universitaire de santé McGill
McGill University Health Centre

Exposure Report Form - Blood and/or Body Fluid Exposure Onto Mucosal Membranes or Non-Intact Skin

EMPLOYEE NAME: _____ (LAST NAME) _____ (FIRST NAME) DATE OF ACCIDENT: (YY/MM/DD) _____

EMPLOYEE NUMBER: _____ COST CENTRE NUMBER: _____ TELEPHONE: _____ (HOME) _____ (WORK EXTENTION)

OCCUPATION: _____ WORK AREA: _____ TIME: _____ AM / PM

WHERE DID THE EXPOSURE OCCUR? (check one only)

WARD

- ❑ medical, *specify*: _____
- ❑ surgical, *specify*: _____
- ❑ mixed (medical/surgical), *specify*: _____
- ❑ obstetrics/gynaecology, *specify:* _____
- ❑ labour/delivery/birthing room, *specify*: _____
- ❑ psychiatry, *specify:* _____

WHERE ON THE WARD *(check one only)*

- ❑ patient's room
- ❑ corridor
- ❑ nursing station
- ❑ utility room
- ❑ other, *specify*: _____

- ❑ operating room
- ❑ post-op recovery room
- ❑ emergency room
- ❑ intensive care unity, *specify*: _____
- ❑ clinical laboratory, *specify*: _____
- ❑ blood bank
- ❑ venipuncture centre
- ❑ autopsy/pathology _____
- ❑ procedure room (X-ray, EMG, etc.), *specify*: _____
- ❑ dialysis facility
- ❑ outpatient clinic
- ❑ physician/dentist office
- ❑ laundry room
- ❑ sterilisation unit
- ❑ other, *specify*: _____

WAS THE SOURCE PATIENT IDENTIFIABLE (check one)

❑ yes if yes... ⇩ ❑ no

PATIENT CONSENTED TO BLOOD TESTING?

❑ yes ❑ no

Source patient: _____

Unit number: _____ Room: _____

Treating M.D.: _____

WAS THE EXPOSED PART: (check all that apply)

- ❑ eye(s)
- ❑ nose
- ❑ intact skin
- ❑ mouth
- ❑ non-intact skin
- ❑ other, describe: _____

WHICH BODY FLUID(S) IS (ARE) INVOLVED ? (check all that apply)

- ❑ blood, serum or plasma
- ❑ amniotic fluid
- ❑ cerebrospinal fluid
- ❑ pleural fluid
- ❑ pericardial fluid
- ❑ peritoneal fluid
- ❑ synovial fluid
- ❑ saliva
- ❑ sperm
- ❑ vaginal secretions
- ❑ other fluid or tissue, *specify:* _____
- ❑ unknown

DID THE BLOOD OR BODY FLUID: (check one only)

- ❑ touch non-intact skin/unprotected mucous membrane?
- ❑ touch non-intact skin/mucous membane between a gap in protective garments or equipment?
- ❑ soak through protective garments or equipment?
- ❑ soak through other non-protective garments?
- ❑ unknown

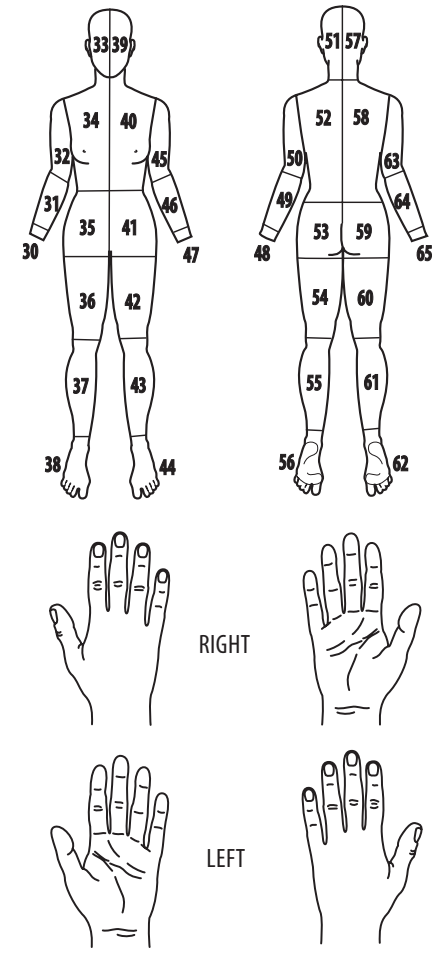
FOR HOW LONG WAS THE BLOOD OR BODY FLUID IN CONTACT WITH YOUR SKIN OR MUCOUS MEMBRANES? (check one box only)

- ❑ less than a minute
- ❑ from 1 minute to less than 5 minutes
- ❑ from 5 minutes to less than 15 minutes
- ❑ more than 1 hour

HOW MUCH BLOOD OR BODY FLUID CAME IN CONTACT WITH THE NON-INTACT SKIN OR MUCOUS MEMBRANE? (check one nly)

- ❑ a few drops
- ❑ a small amount (up to 5 mL or a teaspoon)
- ❑ a moderate amount (up to 50 mL or a quarter cup)
- ❑ a large amount (more than 50 mL)

MARK THE SIZE AND LOCATION OF THE EXPOSURE



HEPATITIS B HISTORY (check one)

- ❑ I have been completely vaccinated for Hepatitis B (3 doses)
- ❑ I have not received the Hepatitis B vaccine
- ❑ I am partially vaccinated
- ❑ I do not know my vaccine status
- ❑ I have protective levels of anti-Hbs from prior illness

DESCRIBE THE CIRCUMSTANCES LEADING TO THIS EXPOSURE: _____

_____

_____

_____ (SIGNATURE OF EMPLOYEE) _____ (DATE (YY/MM/DD))

_____ (SIGNATURE OF PERSON IN CHARGE) _____ (DATE (YY/MM/DD))

ÉVALUATION DES FACTEURS DE RISQUE DU PATIENT-SOURCE

Remplie par (*en lettres moulées*) : _____ Date : _____

**** À REMPLIR PAR L'INFIRMIER(ÈRE) EN CHARGE OU LE RÉSIDENT ****

I) PATIENT-SOURCE EST CONNU :

*Si le patient-source est un bébé (de moins de 6 mois) les facteurs de risque maternels doivent être évalués. Valider si la mère a eu un bilan pour le VHB, le VHC et le VIH pendant sa grossesse.

Âge: _____ Sexe: ☐F ☐M N° dossier : _____

A) **Présence de rapports de laboratoire pour :**
*Si la réponse est **OUI,** veuillez indiquer le résultat : positif ou négatif dans cette colonne*

		NON	OUI	DATE
1.	HbsAg			
2.	HbeAg			
3.	Anti-VHC			
4.	Anti-VIH			
5.	Enzymes hépatiques (ALT)		☐ Normaux ☐ Élevés	

B) **Si absence de rapport de laboratoire :**

i Raison d'admission : _____

ii Les notes médicales ou les réponses du patient aux énoncés suivants :

			*Histoire maternelle, si applicable	
	NON	OUI	NON	OUI
▪ Avoir déjà eu une hépatite B ou C	☐	☐	☐	☐
▪ Avoir eu une infection au VIH	☐	☐	☐	☐
▪ Avoir déjà eu une jaunisse	☐	☐	☐	☐
▪ Avoir reçu des produits sanguins entre 1978 et 1990	☐	☐	☐	☐
▪ Avoir déjà pris des drogues par injection	☐	☐	☐	☐
▪ Avoir eu des relations sexuelles non-protégées avec d'autres hommes ou des femmes à risque	☐	☐	☐	☐
▪ Être originaire d'un pays à forte endémicité ? (Asie du Sud-est, Haïti, Afrique Centrale de l'Ouest, Inde ou Inuit)	☐	☐	☐	☐
▪ Avoir des tatouages ou des perçages corporels	☐	☐	☐	☐
▪ Avoir résidé dans une institution pour déficients intellectuels	☐	☐	☐	☐
▪ Avoir fait un séjour en prison	☐	☐	☐	☐

Si la réponse est OUI, considérer l'exposition comme étant à **HAUT RISQUE**.
Si la réponse est NON, considérer l'exposition comme étant à **FAIBLE RISQUE**.

II) PATIENT-SOURCE EST INCONNU :

i Aucun patient à haut risque connu dans la chambre ou la salle ☐

ii Présence de patient(s) à haut risque : dans la chambre ou la salle ☐
pour hépatite B ☐
pour hépatite C ☐
pour VIH ☐

Dans tous les cas, demandez à l'infirmier(ère) en charge ou au résident de faire signer au patient le consentement pour effectuer les tests de laboratoire en utilisant les requêtes appropriées pour le patient-source.

PATIENT RISK ASSESSMENT

Filled in by (Please Print) _____ Date: _____

**** MANDATORY ** TO BE COMPLETED BY NURSE-IN-CHARGE OR RESIDENT****

I) SOURCE-PATIENT IS KNOWN:

*If source-patient is an infant (less than 6 months) maternal risk factors must be assessed. Determine if mother was screened HBV, HCV and HIV in pregnancy.

Age: _____ Sex: ☐F ☐M MRN: _____

A) **Presence of laboratory results for:**

*If answer is **YES,** indicate result i.e. positive or negative in that column*

		NO	YES	DATE
1.	HBsAg			
2.	HBeAg			
3.	Anti HCV			
4.	Anti HIV			
5.	Liver enzymes (ALT)		☐ Normal ☐ Elevated	

B) **If absence of laboratory results:**

i Reason for admission: _____

ii Any medical note indicating the following OR responses by patient to the following:

			*Maternal history, if applicable	
	NO	YES	NO	YES
▪ History of hepatitis B or C	☐	☐	☐	☐
▪ History of HIV infection	☐	☐	☐	☐
▪ History of jaundice	☐	☐	☐	☐
▪ History of transfusion with blood products between 1978 and 1990	☐	☐	☐	☐
▪ History of injectable illicit drug use	☐	☐	☐	☐
▪ History of male homosexuality or high risk lifestyle	☐	☐	☐	☐
▪ Patient originating from Endemic Area: i.e. South-East Asia, Haiti, Central Western Africa, India or Innuit	☐	☐	☐	☐
▪ History of tattoos or body piercing	☐	☐	☐	☐
▪ Patient developmentally handicapped or living in a chronic care institution	☐	☐	☐	☐
▪ Patient from a prison	☐	☐	☐	☐

If the answer is YES to any of the above, consider the exposure as being **HIGH RISK**.
If the answer is no to all of the above, consider the exposure as being **LOW RISK**.

II) SOURCE-PATIENT IS UNKNOWN:

i No known high risk patient(s) in the area ☐

ii High risk patient(s) in:
- the room or area ☐
- for hepatitis B ☐
- for hepatitis C ☐
- for HIV ☐

In all cases, ask the nurse-in-charge or resident to request the patient's consent for testing using the appropriate laboratory requisitions.

Centre universitaire de santé McGill

McGill University Health Centre

X HME MCH X HGM MGH X HRV RVH
X HNM MNH X ITM MCI X CL LC

* F M U – 7 3 5 7 *

Programme de surveillance médicale des employé(e) s exposé(e) s accidentellement au sang et/ou aux liquides biologiques
Formulaire de consentement du bénéficiaire

Je reconnais avoir été informé(e) du motif de la prise de sang qu'on me propose, à la suite de l'exposition accidentelle d'un(e) employé(e) du Centre universitaire de santé McGill à mon sang et/ou mes liquides biologiques.

Je comprends que les résultats de mon examen pour le VIH (SIDA), l'hépatite B et l'hépatite C apparaîtront à mon dossier médical.
Mon médecin traitant ici à l'hôpital a la responsabilité de me communiquer les résultats, ainsi que de discuter des traitements si approprié. J'atteste que l'adresse et le numéro de téléphone qui apparaissent ci-dessus sont véridiques.

Je comprends que les résultats de ces examens seront aussi transmis au personnel mandaté du Service de prévention et promotion de la santé et l'employé(e) exposé(e) de façon confidentielle, et ne serviront qu'à déterminer quel suivi médical et quel traitement pourraient être nécessaire pour l'employé(e) exposé(e).

J'autorise le Centre universitaire de santé McGill à procéder aux prises de sang nécessaires pour le suivi médical de cet(te) employé(e).

En foi de quoi, j'ai signé à Montréal, le_____
AAAA / MM / JJ

☐ **J'accepte avec les précisions suivantes:**_____

☐ **Je refuse tout ce qui précède**

_____ **ou** _____ _____
Signature du bénéficiaire **Représentant légal** **Lien de parenté**

Le consentement doit être obtenu et signé par l'infirmière, le résident ou le médecin traitant

	Nom en lettres moulées / *Name in print*	**Signature**
Infirmier(ère)		
Résident		
Médecin		

Classer dans le dossier médical du bénéficiaire

Centre universitaire de santé McGill

McGill University Health Centre

X HME MCH X HGM MGH X HRV RVH
X HNM MNH X ITM MCI X CL LC



Medical surveillance program for accidental exposure to blood and / or body fluids
Consent form for patient

A blood test is being requested of me because of the accidental exposure of an employee of the McGill University Health Center to my blood and / or fluid.

I understand that the results of my blood tests for HIV, Hepatitis B and Hepatitis C will appear in my medical file. My treating physician in the hospital will have the responsibility of communicating the results to me and discussing treatment options as appropriate. I certify that the address and telephone number above are correct.

I understand that the results of these blood tests will also be transmitted confidentially to the Prevention and Health Promotion nurse and the exposed employee and will be used only to determine the medical follow-up and necessary treatment for the exposed employee.

I authorize the McGill University Health Centre to proceed with the blood testing necessary to ensure the medical follow-up of the employee.

In witness whereof, I have signed in Montreal, the_____
YYYY/MM/DD

☐ ***I accept with the following restrictions:***
_____

☐ **I refuse all the above.**

_____ **or** _____ _____

Signature of patient ***Signature of person legally authorized*** ***Relationship to patient***

Consent must be obtained and signed by nurse, resident or treating physician

	Name in print	**Signature**
Nurse		
Resident		
Physician		

File in patient's chart

REMPLIR COMPLÈTEMENT L'ANALYSE SERA FAITE SELON LES INFORMATIONS FOURNIES. VOIR INSTRUCTIONS AU VERSO DE LA DERNIÈRE PARTIE.
COMPLETE IN FULL: PROCESSING WILL BE BASED ON INFORMATION SUPPLIED. INSTRUCTIONS ON REVERSE OF LAST SHEET.

HÔPITAL ROYAL VICTORIA
ROYAL VICTORIA HOSPITAL

DIAGNOSTIC PROVISOIRE
PROVISIONAL DIAGNOSIS

SOURCE PATIENT, accidental exposure
PATIENT-SOURCE, exposition accidentelle

Clinique / Clinic: **Prévention et promotion de la santé**
Site: 8300 Décarie, 3ieme étage, Local 383 Poste / extension: 34051

Médecin/Physician: **John W. Osterman, MD**
Licence: 79-471-8
Médecin conseil, Santé et sécurité du travail, CUSM

INTERNE / IN ☐ EXTERNE / OUT ☐ URGENCE / EMERG ☐

NOM - FAMILY OR LAST NAME

M. MR. / MME MRS / MLLE MISS

PRENOM - CHRISTIAN OR FIRST NAME

ADRESSE ACTUELLE - PRESENT ADDRESS

VILLE - CITY

PATIENT NO. | ASS. SANTÉ - MEDICARE (OUI - YES / NON - NO) | EMPLACEMENT - LOCATION

AGE | SEXE(E) | DATE DE NAISS. - BIRTH DATE | NO. DOSSIER - CASE NO.

DATE DU PRÉLÈVEMENT / DATE COLLECTED	A/Y	M	J/D	A.M.	P.M.	REÇU / RECEIVED	LAB. NO. / TEST NOS

DEMANDE / REQUEST ☐ SÉROLOGIE: / SEROLOGY: — VIROLOGIE: / VIROLOGY: ☐ ISOLEMENT VIRUS / VIRUS ISOLATION ☐ AUTRES / OTHER

ÉCHANTILLON: / SPECIMEN:
☐ SANG / BLOOD ☐ L.C.R. / C.S.F. ☐ SÉC. NASALES / NASOPH. ASP. ☐ ÉCOUVILLON PHARYNGÉ/GARG. / THROAT SWAB/GARG. ☐ PÉRIC. / PLEURAL FLUID ☐ URINE
☐ SELLES/ÉCOUVILLON RECTAL / STOOL/RECTAL SWAB ☐ ÉCOUVILLON VAGINAL / VAGINAL SWAB ☐ LÉSION CUTANÉE / SKIN LESION ☐ ÉCOUVILLON DE L'OEIL / EYE SWAB ☐ AUTRE / OTHER _____

RÉSULTATS - RESULTS

	DATE			DATE			DATE		
☐	INFLUENZA A			☐ COXSACKIE B1-B6			☐ ASO		
☐	INFLUENZA B			☐ Q - FIÈVRE / FEVER			☐ AHT		
☐	PARAINFL. 1			☐ CMV CF			☐ BRUCELLA		
☐	PARAINFL. 2			☐ CMV (Status Immunitaire, Immune Status)			☐ AMEBIASIS		
☐	PARAINFL. 3			☒ HBsAg			☐ ECHINOCOCCUS		
☐	ADENOVIRUS			☐ ANTI-HBc IgG			☐ TOXOPLASMA		
☐	RESP. SYNC.			☐ ANTI-HBc IgM			☐ CRYPTO. ANTIGEN		
☐	MYCOPLASMA			☐ ANTI-HBS			☐ HISTOPLASMA		
☐	LGV / PSITT			☐ HEP A IgM			☐ LYME DISEASE		
☐	HERP. SIMPS.			☒ HEP C			☐ RUBELLA		
☐	OREILLONS / MUMPS			☐ MONO			☐ V.D.R.L.		
☐	ROUGEOLE / MEASLES			☐ COLD AGGLUT.			☐ CLOS. DIFFICILE TOXIN		
☐	VARICELLA			☐			☒ AUTRES / OTHERS VIH / HIV		

AUTRES RAPPORTS/OTHER REPORTS

DATE RAPPORTÉE / DATE REPORTED

VIROLOGISTE / VIROLOGIST _____ M.D.

★ CONTACT AVEC LA RUBÉOLE DURANT LA GROSSESSE FOURNIR LES DATES DU DÉBUT DE LA MALADIE CHEZ LE PATIENT ET CHEZ LE CAS ORIGINAL, AINSI QUE LA DATE DU CONTACT, FOURNIR AUSSI UNE PAIRE DE SÉRUM PRÉCOCE ET TARDIF DU CAS ORIGINAL.

★ RUBELLA EXPOSURE IN PREGNANCY, GIVE DATES OF THE ONSET OF PATIENT'S ILLNESS AND INDEX CASE AND DATE OF CONTACT. SEND PAIRED SERA ALSO FROM INDEX CASE.

31-97-034517 (2004/12)

DEMANDE MICROBIOLOGIQUE - MICROBIOLOGY REQUISITION
VIROLOGIE/SÉROLOGIE - VIROLOGY/SEROLOGY

ENVOYEZ CETTE COPIE AU LABORATOIRE AVEC L'ÉCHANTILLON CORRECTEMENT IDENTIFIÉ. LE LABORATOIRE FERA RAPPORT SUR CETTE COPIE
SEND THIS COPY TO LABORATORY WITH PROPERLY LABELED SPECIMEN. LABORATORY WILL REPORT BACK ON THIS COPY

Centre universitaire de santé McGill
McGill University Health Centre

PROGRAMME DE SURVEILLANCE MÉDICALE DES EMPLOYÉ(E)S EXPOSÉ(E)S ACCIDENTELLEMENT AU SANG ET/OU AUX LIQUIDES BIOLOGIQUES

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DE L'EMPLOYÉ(E) ET ÉTUDIANT EN SANTÉ

NOM DE L'EMPLOYÉ(E): _____

NUMÉRO D'EMPLOYÉ(E): _____

Je reconnais avoir été informé(e) du motif des prises de sang qu'on me propose. J'ai subi une exposition accidentelle à du sang et à des liquides biologiques et je désire avoir un suivi.

Je comprends que les résultats de mon examen pour le VIH, l'hépatite B et l'hépatite C apparaîtront seulement dans le dossier médico-administratif du Service de prévention et promotion de la santé. Le contenu de ces dossiers est confidentiel et les dossiers sont consultés uniquement par le médecin et l'infirmière de prévention et promotion de la santé.

Je comprends que je vais être informé(e) des résultats sanguins du patient(e)-source, si celui-ci a consenti aux dépistages. Je comprends que ces renseignements sont strictement confidentiels et je ne les divulguerai pas en aucun temps. J'autorise le Centre universitaire de santé McGill à procéder aux prises de sang nécessaires pour mon suivi ainsi qu'aux vaccins requis.

Je comprends aussi que si le résultat de ces examens s'avérait douteux ou positif pour le virus de l'hépatite B, l'hépatite C ou le VIH, je devrai consulter le médecin du département des maladies infectieuses ou un médecin de mon choix, et les rapports de mes traitements et suivis devront être acheminées au Service de prévention et promotion de la santé.

En foi de quoi, j'ai signé à Montréal, le _____.
AA/MM/JJ

_____ _____
Signature de l'employé(e) Témoin de la signature

(English on other side)

Centre universitaire de santé McGill
McGill University Health Centre

MEDICAL SURVEILLANCE PROGRAM FOR ACCIDENTAL EXPOSURE
TO BLOOD AND/OR BODY FLUIDS

CONSENT FORM FOR EMPLOYEE AND HEALTH CARE STUDENTS

EMPLOYEE NAME: _____

EMPLOYEE NUMBER: _____

I have been informed about the reasons for the blood tests that are proposed to me. I have undergone an accidental exposure to blood and/or body fluid and wish to be followed-up.

I understand that the results of my blood tests for HIV, Hepatitis B and Hepatitis C will only appear in the medical file kept in the Prevention and Health Promotion Department. The contents of these files are confidential and are only consulted by the physician and the Prevention and Health Promotion nurse.

I understand that I will be informed of the results of the blood tests drawn on the source patient if the latter had previously consented to it and that this information is strictly confidential. I will not disclose it to anyone under any circumstances. I authorize the McGill University Health Centre to proceed with the blood testing necessary to ensure my follow-up. I also consent to receiving any necessary vaccine.

I also understand that if the result of the blood tests performed prove to be doubtful or positive for HIV, Hepatitis B or Hepatitis C, I will be asked to consult the Infectious Diseases physician for treatment or a physician of my choice and a report of my follow-up must be sent to the Prevention and Health Promotion Department.

In witness whereof, I have signed in Montreal, the _____.
YY/MM/DD

_____ _____
Signature of employee Witness to the signature

(français au verso)

REMPLIR COMPLÈTEMENT L'ANALYSE SERA FAITE SELON LES INFORMATIONS FOURNIES. VOIR INSTRUCTIONS AU VERSO DE LA DERNIÈRE PARTIE.
COMPLETE IN FULL: PROCESSING WILL BE BASED ON INFORMATION SUPPLIED. INSTRUCTIONS ON REVERSE OF LAST SHEET.

HÔPITAL ROYAL VICTORIA
ROYAL VICTORIA HOSPITAL

DIAGNOSTIC PROVISOIRE
PROVISIONAL DIAGNOSIS

EMPLOYÉ(E) EXPOSÉ(E) / EXPOSED EMPLOYEE

Clinique / Clinic: **Prévention et promotion de la santé**
Site: 8300, boul. Décarie, 3ieme étage, Local 383
Poste / extension: 34051

Médecin/Physician: **John W. Osterman, MD**
Licence: 79-471-8
Médecin conseil, Santé et sécurité du travail, CUSM

INTERNE IN ☐ EXTERNE OUT ☐ URGENCE EMERG ☐

NOM - FAMILY OR LAST NAME

M. MR. / MME MRS / MLLE MISS

PRÉNOM - CHRISTIAN OR FIRST NAME

ADRESSE ACTUELLE - PRESENT ADDRESS

VILLE - CITY

PATIENT NO. | ASS. SANTÉ - MEDICARE (OUI - YES / NON - NO) | EMPLACEMENT - LOCATION

AGE | SEXE(E) | DATE DE NAISS. - BIRTH DATE | NO. DOSSIER - CASE NO.

DATE DU PRÉLÈVEMENT / DATE COLLECTED	A/Y	M	J/D	A.M.	P.M.	REÇU / RECEIVED	LAB. NO. / TEST NOS

DEMANDE / REQUEST ☐ SÉROLOGIE: / SEROLOGY: — VIROLOGIE: / VIROLOGY: ☐ ISOLEMENT VIRUS / VIRUS ISOLATION ☐ AUTRES / OTHER

ÉCHANTILLON: / SPECIMEN: ☐ SANG / BLOOD ☐ L.C.R. / C.S.F. ☐ SÉC. NASALES / NASOPH. ASP. ☐ ÉCOUVILLON PHARYNGÉ/GARG. / THROAT SWAB/GARG. ☐ PÉRIC. / PLEURAL FLUID ☐ URINE
☐ SELLES/ÉCOUVILLON RECTAL / STOOL/RECTAL SWAB ☐ ÉCOUVILLON VAGINAL / VAGINAL SWAB ☐ LÉSION CUTANÉE / SKIN LESION ☐ ÉCOUVILLON DE L'OEIL / EYE SWAB ☐ AUTRE / OTHER _____

RÉSULTATS - RESULTS

	DATE			DATE			DATE		
☐	INFLUENZA A			☐ COXSACKIE B1-B6			☐ ASO		
☐	INFLUENZA B			☐ Q - FIÈVRE / FEVER			☐ AHT		
☐	PARAINFL. 1			☐ CMV CF			☐ BRUCELLA		
☐	PARAINFL. 2			☐ CMV (Status Immunitaire, Immune Status)			☐ AMEBIASIS		
☐	PARAINFL. 3			☐ HBsAg			☐ ECHINOCOCCUS		
☐	ADENOVIRUS			☐ ANTI-HBc IgG			☐ TOXOPLASMA		
☐	RESP. SYNC.			☐ ANTI-HBc IgM			☐ CRYPTO. ANTIGEN		
☐	MYCOPLASMA			☒ ANTI-HBS			☐ HISTOPLASMA		
☐	LGV / PSITT			☐ HEP A IgM			☐ LYME DISEASE		
☐	HERP. SIMPS.			☒ HEP C			☐ RUBELLA		
☐	OREILLONS / MUMPS			☐ MONO			☐ V.D.R.L.		
☐	ROUGEOLE / MEASLES			☐ COLD AGGLUT.			☐ CLOS. DIFFICILE TOXIN		
☐	VARICELLA			☐			☒ AUTRES / OTHERS VIH / HIV		

AUTRES RAPPORTS/OTHER REPORTS

DATE RAPPORTÉE / DATE REPORTED

VIROLOGISTE / VIROLOGIST _____ M.D.

★ CONTACT AVEC LA RUBÉOLE DURANT LA GROSSESSE FOURNIR LES DATES DU DÉBUT DE LA MALADIE CHEZ LE PATIENT ET CHEZ LE CAS ORIGINAL, AINSI QUE LA DATE DU CONTACT, FOURNIR AUSSI UNE PAIRE DE SÉRUM PRÉCOCE ET TARDIF DU CAS ORIGINAL.

★ RUBELLA EXPOSURE IN PREGNANCY, GIVE DATES OF THE ONSET OF PATIENT'S ILLNESS AND INDEX CASE AND DATE OF CONTACT. SEND PAIRED SERA ALSO FROM INDEX CASE.

31-97-034517 (2004/12)

DEMANDE MICROBIOLOGIQUE - MICROBIOLOGY REQUISITION
VIROLOGIE/SÉROLOGIE - VIROLOGY/SEROLOGY

ENVOYEZ CETTE COPIE AU LABORATOIRE AVEC L'ÉCHANTILLON CORRECTEMENT IDENTIFIÉ. LE LABORATOIRE FERA RAPPORT SUR CETTE COPIE
SEND THIS COPY TO LABORATORY WITH PROPERLY LABELED SPECIMEN. LABORATORY WILL REPORT BACK ON THIS COPY

A/TO: Glen Receiving Specimen E04.3026

HÔPITAL ROYAL VICTORIA HOSPITAL
DEMANDE DE LABORATOIRE COURANTE
COMMON LABORATORY REQUISITION E2.45

***NOTEZ BIEN QUE CHAQUE LABORATOIRE EXIGE LEUR PROPRE TUBE**
***Please note each Lab requires a separate tube**

stamp EXPOSED EMPLOYEE adressograph please

Médecin Physician: John W. Osterman, MD Licence: 79-471-8 médecin conseil

Diagnoses Diagnosis: **EMPLOYÉ(E) EXPOSÉ(E) / EXPOSED EMPLOYEE**

Endroit Location / **Poste** Local: Clinique / Clinic: **Prevention and Health Promotion**
Prévention et promotion de la santé
Site: 8300, boul. Décarie, 3ieme étage, Suite: 383
Poste/extension: 34051

Date: _____/_____/_____

☐ **URGENT** STAT ☐ **SANG** BLOOD ☐ **URINES** URINE ☐ **FLUIDE** Préciser FLUID Please Specify _____

BIOCHIMIE / BIOCHEMISTRY

* 1 GEL TUBE UNLESS OTHERWISE SPECIFIED

- ☐ ALBUMIN (ALB3)
- ☐ ALK.PHOSPHATASE (ALP3)
- ☐ ALT [SGPT] (ALT3)
- ☐ AMYLASE (AMY2)
- ☐ AST [SGOT] (AST3)
- ☐ BILIRUBIN, DIRECT (DB1)
- ☐ BILIRUBIN, TOTAL (TB1)
- ☐ CALCIUM (CA2)
- ☐ CERULOPLASMIN (CER)
- ☐ CHOLESTEROL (CHO3)
- ☐ CK (CK3)
- ☐ CREATININE (CR2)
- ☐ ELECTROLYTES [NA/K/CL] (LYT)
- ☐ ELECTROLYTES / CO2 (LYTC)
- ☐ ELECTROLYTES / CO2 / RENAL (LYTR)
- ☐ FRUCTOSAMINE (FRUC) {RED TUBE 7 CC}
- ☐ GAMMA GT (GGT3)
- ☐ GLUCOSE AC (GLUP)
- ☐ GLUCOSE PC (GLUP)
- ☐ GLUCOSE RANDOM (GLU2)
- ☐ LD (LDH3)
- ☐ LIPASE (LIPA) {RED TUBE 7 CC}
- ☐ LIPID [CHOL+TRIG+HDL+LDL] (HLDL)
- ☐ LITHIUM (L1)
- ☒ LIVER [TB/ALT/ALP] (LIVP)
- ☐ MAGNESIUM (MG)
- ☐ PHOSPHORUS (PO41)
- ☐ POTASSIUM (K2)
- ☐ PROTEIN,TOTAL (TP1)
- ☐ RENAL [UREA+CR] (RENP)
- ☐ TRIGLYCERIDES (TG3)
- ☐ TROPONIN (TROP)
- ☐ UREA (URE2)
- ☐ URIC ACID (UA3)

**** THE FOLLOWING TESTS REQUIRE SPECIAL TUBES***

- ☐ ACETOMINOPHEN (TYL) {1 RED 7 CC}
- ☐ AMMONIA (AMO) {1 GREEN ON ICE}
- ☐ CARBAMAZEPINE (TEG) {1 RED 7 CC}
- ☐ CYCLOSPORIN (CYCL) {1 LAVENDER}
- ☐ DIGOXIN (DIG) {1 RED 7 CC}
- ☐ DILANTIN [PHENYTOIN] (DPH) {1 RED 7 CC}
- ☐ ETHANOL (ETOH) {1 RED 7 CC}
- ☐ FK506 [TACROLIMUS] {1 LAVENDER }
- ☐ HEMOGLOBIN A1C (HA1C) {1 LAVENDER}
- ☐ IONIZED CALCIUM (CIP) {1 RED ON ICE}
- ☐ LACTATE (LAC) {1 GREY ON IC}
- ☐ PHENOBARBITAL (PHEN) {1 RED 7 CC}
- ☐ THEOPHYLLINE (THEO) {1 RED 7 CC}
- ☐ VALPROIC ACID (VAL) {1 RED 7 CC}

TUMOR MARKERS

- ☐ ALPHA FETO PROTEIN (AFP)
- ☐ CA-125 (C125)
- ☐ CEA (CEA)
- ☐ HCG
- ☐ PROSTATE SPECIFIC ANTIGEN (PSA)

METABOLISME DU CALCIUM ET MARQUEURS OSSEUX / CALCIUM METABOLISM AND BONE MARKERS

- ☐ Calcitonin (CALC)
- ☐ Parathyroid hormone (PTHI)
- ☐ 25 Hydroxyvitamin D (D25)
- ☐ 1,25 Dihydroxyvitamin D (D125)*

*WILL ONLY BE DONE IF ONE OF THE ABOVE TESTS IS ABNORMAL

ENDOCRINOLOGIE / ENDOCRINOLOGY

* 1 gel tube unless otherwise specified

- ☐ 17 HYDROXY-PROGESTERONE (17PR)
- ☐ ANTIBODY TO TSH RECEPTORS (TSI)
- ☐ ACTH [1 EDTA ON ICE] (ACTH)
- ☐ ALDOSTERONE AMBULANT (PALA)
- ☐ ALDOSTERONE RECUMBANT (PALR)
- ☐ ANDROSTENEDIONE (ANDO)
- ☐ APOLIPOPROTEIN A1 (APOA)
- ☐ APOLIPOPROTEIN B (APOB)
- ☐ CATECHOLAMINES [2 GREEN ON ICE] (PCAT)
- ☐ CORTISOL (CORT) INDICATE TIME OF PROCUREMENT
- ☐ CORTISOL POST-DEX (COPD)
- ☐ CORTISOL AM (COAM)
- ☐ DHEA (DHEA)
- ☐ DHEA-S (DHES)
- ☐ ESTROGEN/PROGEST. RECEPTOR [TISSUE] (EREC)
- ☐ FOLLICLE STIMULATING HORMONE (FSH)
- ☐ FREE TESTOSTERONE (FTES)
- ☐ GROWTH HORMONE (GH)
- ☐ HCG B-SUB UNIT (HCG) (PREGNANCY)
- ☐ INSULIN (INS)
- ☐ INSULIN-LIKE GROWTH FACTOR-1 (IGF)
- ☐ L/S RATIO (LSR) [AMNIOTIC FLUID ON ICE]
- ☐ LP (a) (LPA)
- ☐ LUTEINIZING HORMONE (LH)
- ☐ OESTRONE (PLE1)
- ☐ OESTRADIOL (E2RP)
- ☐ PROGESTERONE (PROG)
- ☐ PROLACTIN (PRO)
- ☐ RENIN AMBULANT [EDTA ON ICE] (PLRA)
- ☐ RENIN RECUMBANT [EDTA ON ICE] (PLRR)
- ☐ FREE T4 (FT4)
- ☐ FREE T3 INDEX (T3I)
- ☐ TESTOSTERONE (TES)
- ☐ THYROGLOBULIN ANTIBODIES (GLOB)
- ☐ THYROID MICROSOMAL ANTIBODIES (MANT)
- ☐ THYROID STIMULATING HORMONE (TSH)

DYNAMIC TESTING

Select Subs.Adm.

- ☐ ACTH
- ☐ CRH
- ☐ DEXAMETHAZONE
- ☐ GLUCOSE
- ☐ INSULIN
- ☐ LRH
- ☐ PENTAGASTRIN
- ☐ TRH
- ☐ OTHER:_____

Select Procedure(s)

- ☐ 17-OH PROGESTERONE
- ☐ ACTH
- ☐ ALDOSTERONE
- ☐ ANDROSTENEIDIONE
- ☐ CALCITONIN
- ☐ CORTISOL
- ☐ DHEA
- ☐ DHEA-S
- ☐ FSH
- ☐ GH
- ☐ GLUCOSE
- ☐ INSULIN
- ☐ LH
- ☐ PROLACTIN
- ☐ TSH

Select No.of Times

- ☐ x4 (-15,0,+30,+60)
- ☐ x5 (-15,0,+30,+60,+120)
- ☐ x6 (-15,0,+30,+60,+90,+120)
- ☐ x8 (-15,0,+15,+30,+45,+60,+90,+120)
- ☐ x7 (-5,0,+2,+5,+10,+20,+30)

Or Select the Number of times _____

Base Time

Enter the time the testing starts (ex. 09:00)_____

HÉMATOLOGIE / HAEMATOLOGY

* 1 EDTA UNLESS OTHERWISE SPECIFIED

- ☐ ANTI-INTRINSIC ABS. (B12B) {1 RED}
- ☐ B12 / FOLIC ACID (SERUM) & RBC FOLIC ACID (VPRO) {1 RED + 1 LAVENDER}
- ☐ CBC + DIFFERENTIAL (H1)
- ☐ CSF, COUNT/SMEAR (CSF) {1 RED}
- ☐ DIC WORKUP (DIC) {1 BLUE}
- ☐ ERYTHROPOIETIN, SERUM (ERYP) { 1 RED }
- ☐ FETAL CELL STAIN (FCST)
- ☐ FIBRINOGEN (FIBG) {1 BLUE}
- ☐ FLUID,COUNT/SMEAR (FLDS) {1 LAVENDER}
- ☐ G-6-PD SCREENING (G6FS)
- ☐ HAPTOGLOBIN (HAPT) {1 RED}
- ☐ HEMOGLOBIN ELECT. (HBEL)
- ☐ HEINZ BODIES (HEIN)
- ☐ IRON PROFILE (IRON) {1 NAVY}
- ☐ PLASMA HEMOGLOBIN (PLHB) {1 BLUE}
- ☐ PT & PTT & INR (COAG) {1 BLUE}
- ☐ PYRUVATE KINASE SCREEN (PKSP)
- ☐ RETICULOCTYE (RET)
- ☐ SEDIMENTATION RATE(ESR)
- ☐ SERUM FERRITIN (SFER) {1 RED}
- ☐ SICKLE CELL SCREEN (SICK)
- ☐ SULF. HEMOGLOBIN (SULF)
- ☐ T-LYMPHOCYTE SUBSETS (CD3/4/8) (HLSS) {1 LAVENDER}
- ☐ URINE HEMOGLOBIN (URHB) {URINE}

IMMUNOLOGIE / IMMUNOLOGY

* 1 GEL TUBE UNLESS OTHERWISE SPECIFIED

- ☐ ADRENAL ABS. (ADR)
- ☐ ASPERGILLUS FUM. (ASP)
- ☐ AVIAN (BIRD)
- ☐ FARMERS LUNG (FARM)
- ☐ ALPHA-1-ANTITRYPSIN AND SPE (A1AT) + (SPE)
- ☐ ANTINUCLEAR ABS. (ANA)
- ☐ ANA + DNA (ANAD)
- ☐ ANTI NEUTROPHIL CYTO ABS. (ANCA)
- ☐ BETA-2 MICROGLOBULIN (B2)
- ☐ C1 ESTERASE INHIBITOR + C3C4 (C1ET) +(C3C4)
- ☐ CARDIOLIPIN/PHOSPHOLIPID ABS. (SCAR)
- ☐ COMPLEMENT C3/C4 (C3C4)
- ☐ COMPLEMENT CH50 + C3C4 (CH50) + (C3C4)
- ☐ C-REACTIVE PROTEIN (CRP)
- ☐ CRYOGLOBULIN 1 gel tube 37C (CRYG)
- ☐ CRYOGLOBULIN + CRYOFIBRINOGEN 1 EDTA TUBE 37C + 1 GEL TUBE 37C (ICRY)
- ☐ ENA PANEL RNP / SM & RO / LA (SSA/SSB) JO / SCL (ENAW)
- ☐ ENDOMYSIAL / MITOCHONDRIAL / SMOOTH MUSCLE / PARIETAL CELL ABS (PMS2)
- ☐ GLOMERULAR BASEMENT MEMBRANE (GBM)
- ☐ GANGLIOSIDE ABS. (GM1)
- ☐ HEART ANTIBODIES (AHA)
- ☐ HISTONE ABS. (HIST)
- ☐ IGE (IGE)
- ☐ IgG-A-M PEDIATRIC (IGMB)
- ☐ IMMUNE COMPLEXES (CIC)
- ☐ IMMUNOFIXATION (IF)
- ☐ ISLET CELL ABS (OTAA)
- ☐ MAG ANTIBODIES (MAG)
- ☐ OVARIAN ABS. (OVAB)
- ☐ PRE-ALBUMIN (PAB)
- ☐ RHEUMATOID FACTOR (RF)
- ☐ SALIVARY DUCT ABS. (SALD)
- ☐ SKIN ABS. EPITHELIAL & BASEMENT (SKIN)
- ☐ SERUM PROTEIN ELECT.(SPE)
- ☐ SPE / IGG / A / M (SPEG)
- ☐ SPE / IGG / A / M / C3C4 (SPE3)
- ☐ SPE / IGG / A / M / C3C4 / CRP(SPE4)
- ☐ STRIATED MUSCLE ABS. (ASTR)
- ☐ VISCOSITY (VIS)

GROUPAGE TISSULAIRE/ HLA/TISSUE TYPING

* Miscellaneous Requisition Required

- ☐ HLA ABC {1 GREEN}
- ☐ HLA LIVING DONOR X-MATCH
  RECIPIENT {1 GREEN + 1 RED}
  POTENTIAL DONOR(S) {1 GREEN}
- ☐ HLA ANTIBODY SCREENING / PRA {1 RED}
- ☐ HLA AUTOCYTOTOXICITY {1 RED + 1 GREEN}
- ☐ HLA DR {1 LAVENDER}
- ☐ HLA B27 {1 GREEN}

NEPHROLOGIE / NEPHROLOGY

- ☐ BLOOD OSMOLALITY (POSM)
- ☐ CALCULUS ANALYSIS (CAL)
- ☐ URINE / BLOOD OSMOLALITY (ROR)
- ☐ WATER DEPRIVATION TEST (WDT)

UNE DEMANDE DE BANQUE DE SANG DOIT ÊTRE UTILISÉE POUR LE TYPE SANGUIN, LE DÉPISTAGE ET L'ÉPREUVE DE COMPATIBILITÉ CROISÉE/

Blood bank requisition must be used for Type & Screen and Crossmatch

AUTRES / OTHER TESTS (veuillez préciser / specify)

TO BE USED ONLY FOR THE LABORATORIES LISTED ON THIS REQUISITION

_____

_____

_____