PROCÉDURE ET FORMULAIRES POUR EXPOSITIONS AU SANG ET AUX LIQUIDES BIOLOGIQUES

Pour le site pédiatrique du GLEN seulement

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

For the GLEN pediatric 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

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 risque d'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 adulte du site Glen** 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 s/he 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 at the Glen adult site 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. Please do not leave any forms from this package at the Emergency Department.

(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

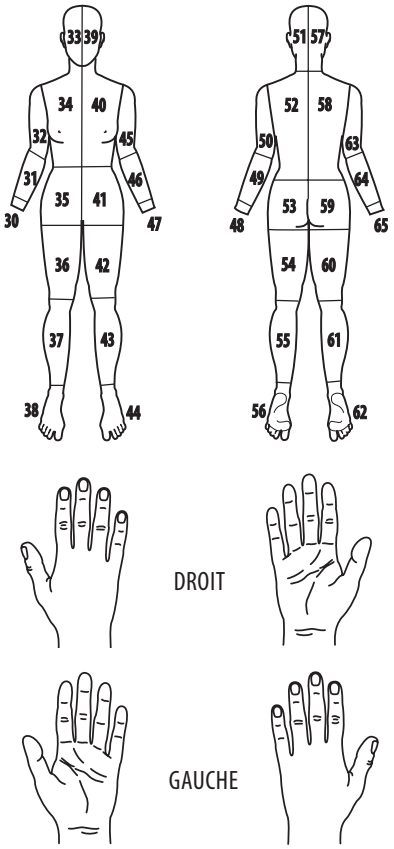
EST-CE QUE L'OBJET OU LES DENTS ONT TRANSPERCÉ? (cochez une seule case)

- ❑ 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

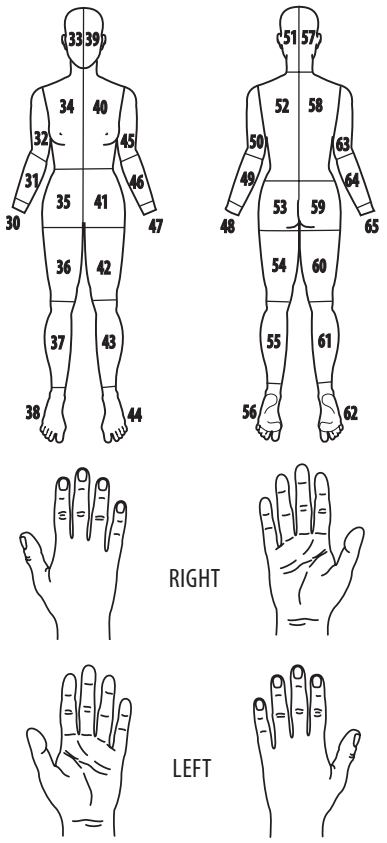
DID THE DEVICE OR TEETH PIERCE THROUGH (check one only)

- ❑ 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

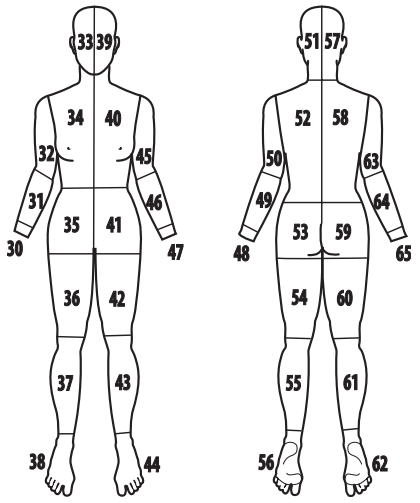
COMBIEN DE TEMPS LE SANG OU LES LIQUIDES ORGANIQUES ONT-ILS ÉTÉ EN CONTACT AVEC LA PEAU NON SAINE OU LA MUQUEUSE? (cochez une seule case)

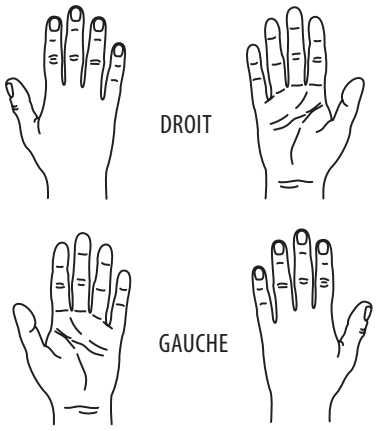
- ❑ moins d'une minute
- ❑ de 5 à moins de 15 minutes
- ❑ de 1 à moins de 5 minutes
- ❑ de 15 à moins de 60 minutes
- ❑ 60 minutes ou plus

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

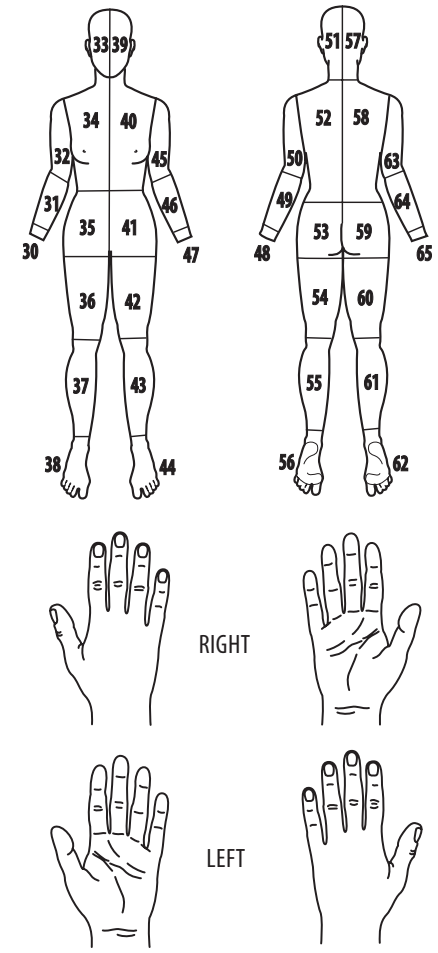
FOR HOW LONG WAS THE BLOOD OR BODY FLUID IN CONTACT WITH YOUR SKIN OR MUCOUS MEMBRANES? (check one box only)

- ❑ 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

Formulaire No. /Form# 31 - 28-019371 R07/98

HÔPITAL GÉNÉRAL DE MONTRÉAL
THE MONTREAL GENERAL HOSPITAL

MICROBIOLOGIE-SÉROLOGIE / MICROBIOLOGY-SEROLOGY

stamp source patient addressograph please

Médecin / Physician: John W. Osterman, MD Licence: 79-471-8
Diagnostic / Diagnosis: SOURCE PATIENT / ACCIDENTAL EXPOSURE
Site / Location: 8300, boul. Décarie, 3ième étage, Suite: 383
Poste / Local: 34051 **Clinique** / Clinic: Prévention et promotion de la santé / Prevention and Health Promotion

Nom / Name:
No. dossier / Unit Number: **Date de naissance** / DOB
No.ass.mal. / Medicare Number:

Date: **No. Spécimen /specimen ID #:**

Date du prélèvement/Collection Date:
Heure/Time:
Début du traitement/Date of Onset:
Antibiotiques/Antibiotics:
Diagnostic approprié/Relevant Diagnosis:

Demandé par/Ordered by: Prévention et promotion de la santé
Envoyer le rapport à / Report to: Centre universitaire de santé McGill
8300, boul. Décarie, Suite #: 383
Montréal, QC H4P 2P5

Type d'échantillon/Specimen Type:
(Voir au verso / See reverse)

Agglutination sur lame/ Slide Agglutination

❑ Cryptocoque/Cryptococcus Antigen	CRYP
❑ Streptocoque du groupe A/Anti-Streptococcus A	STRP
❑ Anti-Brucella/Anti-Brucella	BRT
❑ VDRL (syphilis) VDRL	VDRL
❑ VDRL Confirmation/ VDRL confirmation	HATT
❑ Monospot / Monospot	MSP

Test de fixation du complément/Complement Fixation Test

❑ Influenza A/ Influenza A	FLUA
Influenza B/Influenza B	FLUB
❑ Parainfluenza 1/ Para-influenza 1	FLU1
Parainfluenza 2 / Para-influenza 2	FLU2
Parainfluenza 3 / Para-influenza 3	FLU3
❑ Groupe Adénovirus / Adenovirus	ADEN
❑ Fièvre Q / Q Fever	QFEV
❑ Mycoplasma pneumoniae/ M. pneumoniae	MYCO
❑ Virus Resp.sync/Resp. Sync. Virus (IgG)	RSV
❑ Groupe Chlamydia/Chlamydia Group	PSIT
❑ Rougeole/Measles	MEAS
❑ Oreillons/Mumps	MUMV
❑ Ent rovirus / Enterovirus	ENT

Autres analyses à préciser/Other tests please specify
VIH / HIV

Sérologie(EIA) / Serology (EIA)

❑ Toxoplasmose (IgG)/Anti-Toxoplasma (IgG)	TOXG
❑ Toxoplasmose (IgM)/Anti Toxoplasma (IgM)	TOXM
❑ Rubéole (IgG) / Anti-Rubella (IgG)	RUB
❑ Varicella zoster/Anti-varicella zoster (IgG)	VARG
❑ CMV (IgG) (immunité)/Anti-CMV IgG (Immunity)	CMIG
❑ CMV (IgG) (diagnostic)/Anti-CMV IgG (Diagnostic)	CMDG
❑ Anti-HSV/ Anti-HSV (IgG)	HSVT

Hépatite (EIA)/Hepatitis (EIA)

❑ ~~Anti-HAV-IgM / Anti-Hepatitis A IgM~~	~~HEPA~~
❑ Anti -HCV / Anti-Hepatitis C	HCA
❑ ~~Ag Hbs / Hepatitis Bs Antigen~~	~~HAG~~
❑ Anti-HBc total/ Anti-HBc total	HBC
❑ Anti-HBs / Anti-Hepatitis Bs Ab	HAB
❑ AgHBe / Hepatitis Be Antigen	HBE

Virologie / Virology

❑ Culture virale/ Virus culture	VI
❑ CMV culture sur tapis cellulaire / CMV Buffy coat	VI
❑ Virus DFA/ Virus DFA	VDFA
❑ Culture Chlamydia/ Chlamydia Culture	CHLI
❑ Culture Myco/Urée / Myco/Urea Culture	MUI

PCR

❑ Chlamydia / Chlamydia	{ }
❑ Mycobacterium / Mycobacterium ***	{ }

IF / IFA

❑ EBV VCA/ Anti-EBV	{ }
❑ DFA / DFA	{ }

Microbiologie/ Microbiology

*❑ Culture routine / Routine culture	{ }	❑ MRSA seulement/MRSA only
*❑ Mycologie-superficiel / Mycology -superficial	FUN**	❑ VRE seulement/VRE only
*❑ Mycologie-profond / Mycology - deep FUN**		❑ Recherche de gonocoque seulement/only
*❑ Mycobactériologie/Mycobacteria	TB**	(écouvillon au charbon/charcoal swab required)
*❑ Toxine C.difficile/C.difficile toxin	CLOS	❑ Recherche de strept groupe B seulement/only

Les contenants non étanches ou mal étiquetés seront automatiquement rejetés.

**Veuillez envoyer un échantillon séparément / Please send separate specimen for each request*
*** Tissu ou substance organique. Aucun écouvillon / Tissue or body substance. No swabs*
****Autorisation du microbiologiste requise / Microbiologist approval required*

Specimen containers not properly labelled will be automatically rejected.

Pour VIH utiliser le formulaire No. 31-28-019372 / For HIV test use form #31-28-019372 ***pto***

MICROBIOLOGIE / MICROBIOLOGY

Type de prélévements / List of Specimen Types:
Sécrétions oculaires / Eye
Nez / Nose
Gorge (Streptocoque ß-hémolytique seulement)/ Throat ß-hemolytic strept only
Pus superficiel (sans recherche d'anaérobies / Pus-superficial (no anaerobic culture)
Pus profond (transport rapide et contenant hermétique)/ Pus-deep (requires air tight container & rapid transport)
Expectorations / Sputum
Urine / Urine
Selles / Faeces
Hémoculture/ Blood
Liquide céphalo-rachidien / CSF
Urétral (écouvillon au charbon/Urethra (charcoal swab) (GC only)
Vaginale (vaginite bactérienne, à champignon, àTrichomonas) / Vaginal Routine (bacterial vaginitis, yeast,trichomonas)
Vaginale (strept du groupe B seulement) / Vaginal (group B strept only)
Col utérin (écouvillon au charbon) Recherche de gono seulement / Cervix (charcoal swab)(GC only)

SÉROLOGIE / SEROLOGY

Pour tout test, tubes à bouchon rouge/gris 10mL/
For all tests - red/grey stopper tubes 10mL
Sérologie pour VIH envoyez un tube séparément (bouchon rouge/gris) de 10mL/
HIV serology . send a separate red/grey stopper tube 10mL.
Pour fin de diagnostic 2 échantillons doivent être envoyés à 2 semaines d'intervalle
For diagnostic purposes 2 specimens should be sent 2 weeks apart

VIROLOGIE/ VIROLOGY

CULTURE VIRALE / VIRUS ISOLATION

Contenant stérile *Sterile Container*	***Écouvillon avec milieu de transport*** *Tube with viral transport media*	***Tube hépariné (vert)*** *Heparinized blood tube (green)*
BAL/BAL	**Tissu biopsie**/Biopsy	**Tapis cellulaire**/Buffy Coat
LCR/CSF	**Écouvillon oculaire**/Eye swab	
Selles/Faeces	**Écouvillon nez**/Nose swab	
Expectorations/Sputum	**Écouvillon gorge**/Throat swab	
Urine/Urine	**Écouvillon urogénital**/Uro-genital swab	
	Écouvillon liquide vésical/Vesicle fluid	

CHLAMYDIA-CULTURE / CHLAMYDIA ISOLATION
Écouvillon avec milieu de transport à chlamydia (2SP)
Tube with chlamydia transport media(2SP)
❑ **Écouvillon urogénital ou autre** / Uro-genital swab or any other site

CULTURE DE MYCO/UREAPLASMA / MYCO/UREAPLASMA ISOLATION
Écouvillon myco/ureaplasma avec milieu de transport
Tube with mycoplasma transport media
❑ **Écouvillon urogénital** / Uro-genital swab

RECHERCHE de MYCOPLASMA PNEUMONIA/ MYCOPLASMA PNEUMONIA
Contenant stérile
Sterile container
❑ **Expectorations – BAL** / Sputum – BAL

PCR IDENTIFICATION / PCR DETECTION
Chlamydia: PCR écouvillon avec milieu de transport/ *PCR transport tube*
M.tuberculosis: contenant stérile */ sterile container*
Epreuves sérologiques 2 tubes avec EDTA (bouchon lavende)*/Blood viruses 2 EDTA tubes 5mL*

VIRUS-EXAMEN DIRECT SUR ÉCHANTILLLON / DIRECT VIRUS DETECTION
Grattage cutané ou vésical seulement*/ Skin scraping or vesicule only*
Communiquer avec le laboratoire de virologie au 3820 ou 3830.
Call the virology laboratory at local 3820 or 3830.

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)

Formulaire No. /Form# 31 - 28-019371 R07/98

HÔPITAL GÉNÉRAL DE MONTRÉAL
THE MONTREAL GENERAL HOSPITAL

MICROBIOLOGIE-SÉROLOGIE / MICROBIOLOGY-SEROLOGY

Médecin / Physician: John W. Osterman, MD Licence: 79-471-8
Diagnostic / Diagnosis: EMPLOYÉ(E) EXPOSÉ(E)/ EXPOSED EMPLOYEE
Site / Location: 8300, boul. Décarie, 3ième étage, Suite: 383
Poste / Local: 34051
Clinique / Clinic: Prévention et promotion de la santé / Prevention and Health Promotion

Nom / Name:
No. dossier / Unit Number:
Date de naissance / DOB
No.ass.mal. / Medicare Number:

Date:
No. Spécimen /specimen ID #:

Date du prélèvement/Collection Date:
Heure/Time:
Début du traitement/Date of Onset:
Antibiotiques/Antibiotics:
Diagnostic approprié/Relevant Diagnosis:

Demandé par/Ordered by:
Envoyer le rapport à / Report to: Prévention et promotion de la santé, Centre universitaire de santé McGill, 8300, boul. Décarie, Suite #: 383, Montréal, QC H4P 2P5

Type d'échantillon/Specimen Type:
(Voir au verso / See reverse)

Agglutination sur lame/ Slide Agglutination

❑ Cryptocoque/Cryptococcus Antigen	CRYP
❑ Streptocoque du groupe A/Anti-Streptococcus A	STRP
❑ Anti-Brucella/Anti-Brucella	BRT
❑ VDRL (syphilis) VDRL	VDRL
❑ VDRL Confirmation/ VDRL confirmation	HATT
❑ Monospot / Monospot	MSP

Test de fixation du complément/Complement Fixation Test

❑ Influenza A/ Influenza A	FLUA
Influenza B/Influenza B	FLUB
❑ Parainfluenza 1/ Para-influenza 1	FLU1
Parainfluenza 2 / Para-influenza 2	FLU2
Parainfluenza 3 / Para-influenza 3	FLU3
❑ Groupe Adénovirus / Adenovirus	ADEN
❑ Fièvre Q / Q Fever	QFEV
❑ Mycoplasma pneumoniae/ M. pneumoniae	MYCO
❑ Virus Resp.sync/Resp. Sync. Virus (IgG)	RSV
❑ Groupe Chlamydia/Chlamydia Group	PSIT
❑ Rougeole/Measles	MEAS
❑ Oreillons/Mumps	MUMV
❑ Ent rovirus / Enterovirus	ENT

Autres analyses à préciser/Other tests please specify
VIH / HIV

Sérologie(EIA) / Serology (EIA)

❑ Toxoplasmose (IgG)/Anti-Toxoplasma (IgG)	TOXG
❑ Toxoplasmose (IgM)/Anti Toxoplasma (IgM)	TOXM
❑ Rubéole (IgG) / Anti-Rubella (IgG)	RUB
❑ Varicella zoster/Anti-varicella zoster (IgG)	VARG
❑ CMV (IgG) (immunité)/Anti-CMV IgG (Immunity)	CMIG
❑ CMV (IgG) (diagnostic)/Anti-CMV IgG (Diagnostic)	CMDG
❑ Anti-HSV/ Anti-HSV (IgG)	HSVT

Hépatite (EIA)/Hepatitis (EIA)

❑ Anti-HAV-IgM / Anti-Hepatitis A IgM	HEPA
☒ Anti -HCV / Anti-Hepatitis C	HCA
❑ Ag Hbs / Hepatitis Bs Antigen	HAG
❑ Anti-HBc total/ Anti-HBc total	HBC
☒ Anti-HBs / Anti-Hepatitis Bs Ab	HAB
❑ AgHBe / Hepatitis Be Antigen	HBE

Virologie / Virology

❑ Culture virale/ Virus culture	VI
❑ CMV culture sur tapis cellulaire / CMV Buffy coat	VI
❑ Virus DFA/ Virus DFA	VDFA
❑ Culture Chlamydia/ Chlamydia Culture	CHLI
❑ Culture Myco/Urée / Myco/Urea Culture	MUI

PCR

❑ Chlamydia / Chlamydia	{ }
❑ Mycobacterium / Mycobacterium ***	{ }

IF / IFA

❑ EBV VCA/ Anti-EBV	{ }
❑ DFA / DFA	{ }

Microbiologie/ Microbiology

*❑ Culture routine / Routine culture	{ }	❑ MRSA seulement/MRSA only	*Les contenants non étanches ou mal étiquetés seront automatiquement rejetés.*
*❑ Mycologie-superficiel / Mycology -superficial	FUN**	❑ VRE seulement/VRE only	
*❑ Mycologie-profond / Mycology - deep FUN**		❑ Recherche de gonocoque seulement/only	
*❑ Mycobactériologie/Mycobacteria	TB**	(écouvillon au charbon/charcoal swab required)	
*❑ Toxine C.difficile/C.difficile toxin	CLOS	❑ Recherche de strept groupe B seulement/only	

**Veuillez envoyer un échantillon séparément / Please send separate specimen for each request*
*** Tissu ou substance organique. Aucun écouvillon / Tissue or body substance. No swabs*
****Autorisation du microbiologiste requise / Microbiologist approval required*

Specimen containers not properly labelled will be automatically rejected.

Pour VIH utiliser le formulaire No. 31-28-019372 / For HIV test use form #31-28-019372 pto

MICROBIOLOGIE / MICROBIOLOGY

Type de prélévements / List of Specimen Types:
Sécrétions oculaires / Eye
Nez / Nose
Gorge (Streptocoque ß-hémolytique seulement)/ Throat ß-hemolytic strept only
Pus superficiel (sans recherche d'anaérobies / Pus-superficial (no anaerobic culture)
Pus profond (transport rapide et contenant hermétique)/ Pus-deep (requires air tight container & rapid transport)
Expectorations / Sputum
Urine / Urine
Selles / Faeces
Hémoculture/ Blood
Liquide céphalo-rachidien / CSF
Urétral (écouvillon au charbon/Urethra (charcoal swab) (GC only)
Vaginale (vaginite bactérienne, à champignon, àTrichomonas) / Vaginal Routine (bacterial vaginitis, yeast,trichomonas)
Vaginale (strept du groupe B seulement) / Vaginal (group B strept only)
Col utérin (écouvillon au charbon) Recherche de gono seulement / Cervix (charcoal swab)(GC only)

SÉROLOGIE / SEROLOGY

Pour tout test, tubes à bouchon rouge/gris 10mL/
For all tests - red/grey stopper tubes 10mL
Sérologie pour VIH envoyez un tube séparément (bouchon rouge/gris) de 10mL/
HIV serology . send a separate red/grey stopper tube 10mL.
Pour fin de diagnostic 2 échantillons doivent être envoyés à 2 semaines d'intervalle
For diagnostic purposes 2 specimens should be sent 2 weeks apart

VIROLOGIE/ VIROLOGY

CULTURE VIRALE / VIRUS ISOLATION

Contenant stérile *Sterile Container*	***Écouvillon avec milieu de transport*** *Tube with viral transport media*	***Tube hépariné (vert)*** *Heparinized blood tube (green)*
BAL/BAL	**Tissu biopsie**/Biopsy	**Tapis cellulaire**/Buffy Coat
LCR/CSF	**Écouvillon oculaire**/Eye swab	
Selles/Faeces	**Écouvillon nez**/Nose swab	
Expectorations/Sputum	**Écouvillon gorge**/Throat swab	
Urine/Urine	**Écouvillon urogénital**/Uro-genital swab	
	Écouvillon liquide vésical/Vesicle fluid	

CHLAMYDIA-CULTURE / CHLAMYDIA ISOLATION
Écouvillon avec milieu de transport à chlamydia (2SP)
Tube with chlamydia transport media(2SP)
❑ **Écouvillon urogénital ou autre** / Uro-genital swab or any other site

CULTURE DE MYCO/UREAPLASMA / MYCO/UREAPLASMA ISOLATION
Écouvillon myco/ureaplasma avec milieu de transport
Tube with mycoplasma transport media
❑ **Écouvillon urogénital** / Uro-genital swab

RECHERCHE de MYCOPLASMA PNEUMONIA/ MYCOPLASMA PNEUMONIA
Contenant stérile
Sterile container
❑ **Expectorations – BAL** / Sputum – BAL

PCR IDENTIFICATION / PCR DETECTION
Chlamydia: PCR écouvillon avec milieu de transport/ *PCR transport tube*
M.tuberculosis: contenant stérile */ sterile container*
Epreuves sérologiques 2 tubes avec EDTA (bouchon lavende)*/Blood viruses 2 EDTA tubes 5mL*

VIRUS-EXAMEN DIRECT SUR ÉCHANTILLLON / DIRECT VIRUS DETECTION
Grattage cutané ou vésical seulement*/ Skin scraping or vesicule only*
Communiquer avec le laboratoire de virologie au 3820 ou 3830.
Call the virology laboratory at local 3820 or 3830.

FORM # 31 - 21 - 009084 R07/98 (English other side)

HÔPITAL GÉNÉRAL DE MONTRÉAL
THE MONTREAL GENERAL HOSPITAL

Analyses sanguines / Laboratory Blood Tests

Centre de prélèvements/Test Center: Salle / Room C6 153

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

Diagnostic EMPLOYÉ(E) EXPOSÉ(E)
Diagnosis

Site 8300, boul. Décarie, 3ième étage, Suite: 383
Location

Poste 34051
Local

Clinique Prévention et promotion de la santé / Prevention and Health Promotion
Clinic

Nom
Name

No. dossier
Unit Number

Date de naissance
DOB

No. ass.mal.
Medicare Number

Date: **No. Spécimen /Specimen ID#:**

Date du prélèvement/Collection Date: **Heure/ Time:**

À JEUN 12-14 H -FASTING REQUIRED FOR 12 - 14 HOUR ☐ Oui/Yes ☐ Non/No

Un spécimen réquis pour chaque section.....A separate specimen must be drawn for each lab section

EN CAS D'ARRET DU SYSTÈME INFORMATIQUE: ***Prélever un spécimen et remplissez une demande pour chaque section.***
COMPUTER DOWNTIME PROCEDURE: ***Requires a separate specimen and requisition for each lab section.***

BIOCHIMIE

Les analyses peu fréquentes non inscrites. Les analyses spéciales prescrites par les médecins spécialistes seulement

(Tubes SST, sauf si indications contraires)

☐ Albumine		ALBM
☐ Aluminium *	(B)	AL
☐ Amylase		AMYL
☐ Angiotensine enzyme de conversion		ACE
☐ Apolipoprotéine B		APOB
☐ Bicarbonate		HCO3
☐ C3		C3
☐ C4		C4
☐ CK		CK
☐ Calcium Total		CA
☐ Calcium ionisé(remplissez tube complétement		NICA
☐ Cholestérol		CHOL
☐ Protéine C réactive		CRPB
☐ Créatinine		CREA
☐ Profil diabétique	(à jeun)	DIAB
☐ Électrolytes (NA, K, Cl)		LYT
☐ Fructosamine		FRAM
☐ Gamma GT		GGT
☐ Glucose		GLU
☐ Glucose (2hP.C.)		PC2H
☐ Hémoglobine glyquée (A1c)	(L)	GLHP
☐ Cholestérol-HDL		HDL
☐ Immunoglobulines (IgA, IgG, IgM)		IMM
☐ Profil ferrique (fer,unsat. + capacité de fixation)	(à jeun)	IRON
☐ LDH		LD
☐ Lipase		LASE
☐ Profil lipidique (Chol, Trig, HDL,LDL)	(à jeun)	HLDL
☐ Profil hépatique (bilir.totale ALT,ALP; (bilirubin directe,AST,GGT si indiqué)		LIVP
☐ Magnesium		MG
☐ Phosphatase inorganique	(à jeun)	PO4
☐ Électrophorése des protéines (immunofixation si indiqué)		SPE
☐ Protéines totales		TP
☐ RA Test		RA
☐ Triglycérides	(à jeun)	TRIG
☐ Urée		UREA
☐ Acide Urique		URIC

Toxicologie / Médicaments thérapeutiques

☐ Carbamazépine	(R)	CBZ
☐ Cyclosporine *	(L)	CYCL
☐ Digoxine	(R)	DIG
☐ Lithium	(R)	LI
☐ Phénobarbital	(R)	PHB
☐ Phénytoine	(R)	DPH
☐ Salicylate	(R)	SAL
☐ Tricycliques (antidepresseurs)	(R)	TCA
☐ Acide valproïque	(R)	VA

ENDOCRINOLOGIE / IMMUNOLOGIE

(Tubes SST,sauf si indications contraires)

☐ Progestérone 17-hydroxy *		17HP
☐ ACTH	(mauve sur glace)	ACTH
☐ Alpha foetoprotéine		AFP
☐ Alpha 1 antitrypsine		AAT
☐ Anticorps anticardiolipines(restriction)		ACLA
☐ Anticorps anti-cyto.des neut.(restriction)		ANCA
☐ Anticorps anticucléaires		ANA
☐ B2 Microglobuline		B2M
☐ CA 125		C125
☐ CA 27		CA27
☐ CEA		CEA
☐ Céruloplasmine		CERU
☐ Cortisol		CORT
☐ DHEA-S		DHEP
☐ Anticorps anti-ADN		DNA
☐ Anticorps anti-ENA (restriction)		ENAP
☐ Estradiol		ESTR
☐ FSH		FSHP
☐ Hormone de croissance (HGH)(à jeun)		GH
☐ HCG (Quantitatif)		HCG
☐ LH		LHP
☐ IgE Totale		IGE
☐ Insuline		INST
☐ Anticorps anti-microcosme		MAB
☐ Anticorps anti-muscle lisse/anti-mitochondries/ pariétales (restriction)		SMP
☐ Progestérone		PROG
☐ Prolactine	(à jeun)	PROL
☐ Antigéne prostatique		PSA
☐ PTH Intact	(L)	PTH
☐ T3 (restriction)		T3R
☐ Testostérone		TES
☐ Thyroglobuline (TGB) (restriction)		TG
☐ Profil (TSH;FT4 if indiqué)		TSHX
☐ Profil (TSH et FT4;restriction)		FT4X
☐ Récepteurs thyroïdiens (restriction)		TRAB
☐ TSH		TSH

BANQUE DE SANG

☐ Groupe sanguin et Rh	ABRH
☐ Agglutinines froides	COLD
☐ Antiglobuline directe	DAGT
☐ Antiglobuline indirecte	IAGT
☐ Test à l'eau sucrée	SUGW

Pour type et dépistage/compatibilité
Utilisez le formulaire spécial de la banque de sang

HÉMATOLOGIE

☐ FSC + 5 Part différentiel	CBC
☐ Frottis sanguin (si indiqué)	DIFF
☐ FSC et PT et PTT	CBPT
☐ PT	PTP
☐ PTT	PTT
☐ PT & PTT	CAMP
☐ PT et PTT et TT et FIQN	ACLP
☐ PTT (Dade)	APTT
☐ PT / Fibrinogène	PTP/ FIQN
☐ Réticulocytes	RETI
☐ Sédimentation (diagnostic requis)**	ESR

HÉMATOLOGIE (analyses spéciales)

☐ CD3/4/8 (au lab avant 12h)	SMBL
☐ Cytologie des liquides	FLSM
☐ Hémoglobine électrophorése	HBEL
☐ Phos.alcaline intra-leuco..	LAP
☐ Haptoglobine sérique	SHPT
☐ Hémoglobine sérique	SHGB
☐ Ferritine	SFER
☐ Folate érythrocytaire	RCF
☐ Folate sérique	SFOL
☐ Vitamin B12	AB12
☐ Vitamin B12 et Folate	B12F

Marqueur de surface cellulaire
Rendez-vous seulement Poste: 2449

Hémostasis
Rendez-vous seulement Poste: 2454

****Envoyé à un laboratoire spcialisé; pour le transport, indiquez si le spécimen est contagieux*** _____

****Diagnostic pour taux de sédimentation*

Analyses diverses à préciser

_____
_____
_____

Explanation des abréviations pour type de tubes
(B) = bleu
(R) = rouge (pas SST)
(L) = mauve (EDTA Plasma)

FORM # 31 - 21 - 009084 R07/98 (français au verso)

HÔPITAL GÉNÉRAL DE MONTRÉAL
THE MONTREAL GENERAL HOSPITAL

Analyses sanguines / Laboratory Blood Tests

Centre de prélèvements/Test Center: Salle / Room C6 153

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

Diagnostic / Diagnosis: EXPOSED EMPLOYEE

Site / Location: 8300, boul. Décarie, 3ième étage, Suite: 383

Poste / Local: 34051

Clinique / Clinic: Prévention et promotion de la santé / Prevention and Health Promotion

Nom / Name: _____

No. dossier / Unit Number: _____ **Date de naissance** / DOB: _____

No. ass.mal. / Medicare Number: _____

Date: **No. Spécimen /Specimen ID#:**

Date du prélèvement/Collection Date: _____ **Heure/ Time:** _____

À JEUN 12-14 H -FASTING REQUIRED FOR 12 - 14 HOUR ☐ Oui/Yes ☐ Non/No

Un spécimen réquis pour chaque section.....A separate specimen must be drawn for each lab section

EN CAS D'ARRET DU SYSTÈME INFORMATIQUE: ***Prélever un spécimen et remplissez une demande pour chaque section.***
COMPUTER DOWNTIME PROCEDURE: ***Requires a separate specimen and requisition for each lab section.***

BIOCHEMISTRY

Low volume tests are not listed. Restricted tests should only be ordered by specialists

(SST tubes except where noted)

☐ Albumin		ALBM
☐ Aluminum *	(B) *	AL
☐ Amylase		AMYL
☐ Angiotensin Conv. Enzyme		ACE
☐ Apolipoprotein B		APOB
☐ Bicarbonate		HCO3
☐ C3		C3
☐ C4		C4
☐ CK		CK
☐ Calcium Total		CA
☐ Calcium ionized (fill tube completely)		NICA
☐ Cholesterol		CHOL
☐ C-Reactive Protein		CRPB
☐ Creatinine		CREA
☐ Diabetic Profile	(fasting)	DIAB
☐ Electrolytes (NA, K, Cl)		LYT
☐ Fructosamine		FRAM
☐ Gamma GT		GGT
☐ Glucose		GLU
☐ Glucose (2hP.C.)		PC2H
☐ Glycosyl. Hemoglobin (A1c)	(L)	GLHP
☐ HDL cholesterol		HDL
☐ Immunoglobulins (IgA, IgG, IgM)		IMM
☐ Iron profile (iron, unsat. + total iron-binding capacity)	(fasting)	IRON
☐ LDH		LD
☐ Lipase		LASE
☐ Lipid profile (Chol, Trig, HDL,LDL)	(fasting)	HLDL
☐ Liver profile (total bilir. ALT,ALP; (direct bilirubin,AST,GGT if indicated)		LIVP
☐ Magnesium		MG
☐ Phosphate Inorganic	(fasting)	PO4
☐ Protein Electrophoresis (Immunofixation if indicated)		SPE
☐ Protein Total		TP
☐ Rheumatoid Factor		RA
☐ Triglycerides	(fasting)	TRIG
☐ Urea		UREA
☐ Uric Acid		URIC

Toxicology / Therapeutic drugs

☐ Carbamazepine	(R)	CBZ
☐ Cyclosporin *	(L)	CYCL
☐ Digoxin	(R)	DIG
☐ Lithium	(R)	LI
☐ Phenobarbital	(R)	PHB
☐ Phenytoin	(R)	DPH
☐ Salicylate	(R)	SAL
☐ Tricyclics (antidepressants)	(R)	TCA
☐ Valproic Acid	(R)	VA

ENDOCRINOLOGY / IMMUNOLOGY

(SST Tubes except where noted)

☐ 17-Hydroxy Progesterone *		17HP
☐ ACTH (plastic lavender top, on ice)		ACTH
☐ Alpha-Fetoprotein		AFP
☐ Alpha-1-Antitrypsin		AAT
☐ Anti-cardiolipin Ab (restricted)		ACLA
☐ Anti-neut.cytoplasm.(restricted)		ANCA
☐ Anti-nuclear Antibody		ANA
☐ B2 Microglobulin		B2M
☐ CA-125		C125
☐ CA-27		CA27
☐ CEA		CEA
☐ Ceruloplasmin		CERU
☐ Cortisol		CORT
☐ DHEA-S		DHEP
☐ DNA – Binding		DNA
☐ ENA	(restricted)	ENAP
☐ Estradiol		ESTR
☐ FSH		FSHP
☐ Growth Hormone	(fasting)	GH
☐ HCG (Quantitative)		HCG
☐ LH		LHP
☐ IgE		IGE
☐ Insulin		INST
☐ Microsomal AB (thyroid peroxidase)		MAB
☐ Mitochondrial, Parietal Cell and Smooth Muscle Ab. (restricted)		SMP
☐ Progesterone		PROG
☐ Prolactin	(fasting)	PROL
☐ Prostate Specific Antigen		PSA
☐ PTH Intact	(L)	PTH
☐ T3 (restricted)		T3R
☐ Testosterone		TES
☐ Thyroglobulin	(restricted)	TG
☐ Thyroid Profile (TSH;FT4 if indicated)		TSHX
☐ Thyroid Profile (TSH&FT4;restricted)		FT4X
☐ TSH receptor Ab (restricted)		TRAB
☐ TSH		TSH

BLOOD BANK

☐ Blood Group	ABRH
☐ Cold Agglutinins	COLD
☐ Direct Antiglobulin	DAGT
☐ Indirect Antiglobulin	IAGT
☐ Sugar Water Test	SUGW

For Type & Screen / Crossmatch Use Transfusion Requisition

HEMATOLOGY

☐ CBC + 5 Part Diff.		CBC
☐ Manual Smear (if indicated)		DIFF
☐ CBC & PT & PTT		CBPT
☐ PT		PTP
☐ PTT		PTT
☐ PT & PTT		CAMP
☐ PT & PTT & TT & FIQN		ACLP
☐ PTT (Dade)		APTT
☐ PT / Fibrinogen	PTP/	FIQN
☐ Reticulocyte		RETI
☐ Sedimentation Rate (diagnosis required)**		ESR

HEMATOLOGY (Special Tests)

☐ CD3/4/8 (in lab before noon)		SMBL
☐ Fluid, Count & Smear		FLSM
☐ Hemoglobin Electr.		HBEL
☐ Leuk.Alkaline Phos.		LAP
☐ Serum Haptoglobin		SHPT
☐ Serum Hemoglobin		SHGB
☐ Serum Ferritin		SFER
☐ Red Cell Folate		RCF
☐ Serum Folate		SFOL
☐ Vitamin B12		AB12
☐ Vitamin B12 & Folates		B12F

Cell Surface Markers
By appointment only: Local 2449

Hemostasis
By appointment only: Local 2454

**** Sent to referral lab: For transport reasons,*** indicate ***if specimen is infectious*** _____

***** Diagnosis for ESR:*** _____

Other Tests, please specify:

_____
_____
_____

Explanation of tube types
(B) = royal blue
(R) = plain red top (not SST)
(L)= lavender top (EDTA)