

À Remplir Par Le Médecin Déclarant

Note au médecin :

Si le requérant présente une demande en vertu de l'article 2 de la *Loi de 2006 sur le dépistage obligatoire par test sanguin* au médecin hygiéniste du bureau de santé local de l'intimé* qui répond aux exigences réglementaires, cette demande, y compris le présent rapport du médecin, sera transmise à la Commission du consentement et de la capacité.

* Aux fins de la *Loi de 2006 sur le dépistage obligatoire par test sanguin*, l'intimé désigne « la personne que le requérant présente comme celle avec la substance corporelle de laquelle il est entré en contact ».

Le requérant doit consentir à la consultation, notamment en ce qui concerne la prophylaxie ou le traitement. À défaut, la demande n'est pas poursuivie.

Veillez remplir toutes les sections de ce rapport. Puis, veuillez le transmettre au requérant.

Les champs marqués d'un astérisque (*) sont obligatoires.

A. Renseignements sur le requérant

La collecte des informations contenues dans ce formulaire vise le règlement d'une demande en vertu de la *Loi de 2006 sur le dépistage obligatoire par test sanguin* visant l'obtention d'une ordonnance obligeant un intimé à donner un échantillon de sang afin d'établir la présence d'une maladie transmissible désignée. Le fondement de la collecte et de l'utilisation de ces renseignements est la *Loi de 2006 sur le dépistage obligatoire par test sanguin*.

Nom de famille *	Prénom *	Initiale du second prénom	
Numéro de l'Assurance-santé (10 chiffres) *	Version *	Date de naissance (aaaa/mm/jj) *	Âge *

Adresse

Numéro de l'unité	Numéro municipal *	Nom de la rue *	Case postale
Ville ou municipalité *		Province *	Code postal *
Téléphone *	Numéro de télécopieur (s'il y a lieu)	Courriel (s'il y a lieu)	

Renseignements sur le fournisseur de soins primaires

Le médecin déclarant est-il le fournisseur de soins primaires (médecin de famille)? *

Oui Non

Si le médecin déclarant n'est pas le fournisseur de soins primaires (médecin de famille), remplissez ce qui suit :

Nom de famille *	Prénom *	Initiale du second prénom
------------------	----------	---------------------------

Adresse

Numéro de l'unité	Numéro municipal *	Nom de la rue *	Case postale
Ville ou municipalité *		Province *	Code postal *
Téléphone *	Numéro de télécopieur (s'il y a lieu)	Courriel (s'il y a lieu)	

B. Renseignements sur le médecin déclarant

Nom du médecin

Nom de famille *

Prénom *

Initiale du second prénom

Adresse du bureau

Numéro de l'unité

Numéro municipal *

Nom de la rue *

Case postale

Ville ou municipalité *

Province *

Code postal *

Téléphone *

Numéro de télécopieur (s'il y a lieu)

Courriel (s'il y a lieu)

C. Antécédents d'exposition — tels que le requérant les déclare

Date de l'exposition *

Heure de l'exposition *

:

Avant-midi

Après-midi

Type d'exposition subi par le requérant *

- Blessure percutanée (p. ex. piqûre d'aiguille ou coupure par un objet tranchant)
- Morsure qui brise la peau
- Contact avec la peau non intacte du requérant (p. ex. peau coupée, gercée ou abrasée)
- Contact avec le vagin ou l'anus du requérant
- Contact avec la muqueuse du requérant (yeux, nez, bouche)
- Autre - Préciser : _____

Type de substance corporelle avec laquelle le requérant a été en contact *

- Sang, Plasma ou Sérum
Veuillez choisir si c'est possible
 Sang Plasma Sérum
- Tout liquide/toute substance biologique visiblement contaminé(e) par du sang
Veuillez choisir si c'est possible
 Larmes Sécrétions nasales Expectations Vomissures Urine Fèces
- Liquide ou Tissu
Veuillez choisir si c'est possible
 Pleural Péricardique Péritonéal Synovial Amniotique Liquide céphalo-rachidien
 Tissu céphalo-rachidien
- Sécrétions ou Sperme
Veuillez choisir si c'est possible
 Sécrétions utérines/vaginales Sperme
- Salive
- Autre - Préciser : _____

D. Examen

Résultats des examens liés à l'événement, y compris l'évaluation des blessures subies (le cas échéant)

E. Antécédents de vaccination / État sérologique du requérant *

Immunisation/État sérologique	Oui	Date — si applicable	Résultats du sérodiagnostic — si applicable	Non	Inconnu
Le requérant a reçu le vaccin contre l'hépatite B	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le requérant est connu comme étant porteur — HBsAg positif	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le requérant est connu comme étant immunisé — Anti-HBs positif	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le requérant est connu comme étant anti-VHC positif	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le requérant est connu comme étant séropositif	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

F. Test de base – Le consentement est obligatoire pour que la demande soit traitée, à moins que le médecin ait une preuve satisfaisante de séropositivité. ***Note au médecin :**La demande de test de base du requérant doit porter la mention « **STAT** ».

Une copie des résultats du test de base du requérant doit être envoyée au médecin de famille du requérant (s'il est connu) et au médecin déclarant nommé à la section B ci-dessus.

Examen	Oui	Date de l'ordonnance	Refusé par le requérant	Sans objet (S.O.)
Anti-HBc	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antigène de surface de l'hépatite B (HBsAg)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anti-HBs	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anti-VHC	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anticorps au VIH	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

G. Prophylaxie et traitement post-exposition *

Examen	Oui	Date de début S/O	Refus du requérant
Vaccin contre l'hépatite B	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Globuline immune d'hépatite B (HBIG)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Prophylaxie post-exposition pour le VIH	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

H. Consultation relative à l'événement

Le requérant a consenti à une consultation concernant l'événement, y compris une prophylaxie et un traitement post-exposition. *

Oui Non (consultation refusée par le requérant)

Le médecin consultant est le même que le fournisseur de soins primaires

Oui Non

Médecin

Oui Non

Si le médecin consultant n'est pas le même que le fournisseur de soins primaires (médecin de famille) ou le médecin déclarant, remplissez ce qui suit : *

Nom du médecin

Nom de famille * | Prénom * | Initiale du second prénom

Adresse du bureau

Numéro de l'unité | Numéro municipal * | Nom de la rue * | Case postale

Ville ou municipalité * | Province * | Code postal *

Téléphone * | Numéro de télécopieur (s'il y a lieu) | Courriel (s'il y a lieu)

I. Évaluation du médecin déclarant

En tant que médecin habilité à faire un rapport médical en vertu de la *Loi de 2006 sur le dépistage obligatoire par test sanguin*, sur la base des informations qui m'ont été fournies par le requérant et après avoir consulté les protocoles de publication les plus récents, tels que les Protocoles de surveillance des maladies transmissibles de l'OHA et de l'OMA pour les hôpitaux de l'Ontario — Maladies transmissibles par le sang (révisés en novembre 2018), mon évaluation du risque d'exposition du requérant au VIH/sida, à l'hépatite B et/ou à l'hépatite C est la suivante : *

Potentiellement significatif Non significatif Indéterminé

Nom du médecin (en caractères d'imprimerie) :

Nom de famille * | Prénom * | Initiale du second prénom

Signature * | Date (aaaa/mm/jj) *

Réservé à l'usage du bureau

Identifiant unique de dossier

Numéro unique de dossier