



I - PERSONNELS CONCERNÉS

Tout personnel hospitalier.

II - HISTORIQUE DES MODIFICATIONS

Modifications des points VI, VII et des annexes.

III - PERSONNES À L'INITIATIVE

Service de prévention du risque infectieux, maladies infectieuses, service de médecine de santé au travail, laboratoire, SAU.

IV - OBJET

Conduite à tenir devant une personne exposée à un risque de transmission de VIH, VHB, VHC professionnel (transmission sanguine).

V - OBJECTIFS

- Assurer la **prise en charge 24h/24, 7 jours/7 des victimes** d'un AES.
- Analyser le risque de façon précoce.
- Permettre, le cas échéant, la mise à disposition d'une prophylaxie efficace.
- Organiser le suivi des victimes concernées.

VI - CADRE RÉGLEMENTAIRE

- Circulaire DGS/R12/DHOS/DGT/DSS/2008/91 du 13 mars 2008 relative aux recommandations de prise en charge des personnes exposées à un risque de transmission du virus de l'immunodéficience humaine (VIH).
- Prise en charge des accidents d'exposition sexuelle et au sang (AES) chez l'adulte et l'enfant – Recommandations du groupe d'experts – Conseil national du Sida et des hépatites virales (CNS) – Septembre 2017.
- Arrêté du 27 mai 2019 fixant les modalités de suivi sérologique des personnes victimes d'accident du travail et des fonctionnaires civils victimes d'accident de service entraînant un risque de contamination par le virus de l'immunodéficience humaine.
- Circulaire DGS/DH/DRT n° 99-680 du 8 décembre 1999 relative aux recommandations à mettre en œuvre devant un risque de transmission de VHB et du VHC par le sang et les liquides biologiques.
- Rapport Yeni 2010.
- Prévention de la transmission soignant-soigné des virus hématogènes – VHB, VHC, VIH (Rapport du HCSPR Juin 2011)

VII - RÈGLES D'APPLICATION

Selon l'horaire et le lieu, la victime prend contact avec le médecin référent ou d'accueil.

1. CONDUITE A TENIR POUR LE PERSONNEL VICTIME D'UN AES AU SEIN D'UN SERVICE DU CHUO : SE MUNIR DE L'ENVELOPPE « AES » DISPONIBLE DANS TOUS LES PC INFIRMIERS

Si, le patient source est connu, la victime :

- Réalise les premiers soins selon le protocole AES (feuille 1)
- Recueille le consentement du patient source (inutile si le patient est dans le coma ou inconscient de façon prolongée)
- Effectue ou fait effectuer le prélèvement du patient source (avec son accord)
- **Fait remplir le feuillet 2 et le Certificat Médical Initial** sur l'imprimé CERFA par un médecin de son service
- Colle une étiquette du patient source sur les feuillets 2 et 3
- Se fait prélever dans son service
- Joint une photocopie d'un justificatif d'identité (de la victime) : carte d'identité, passeport, titre de séjour.
- Adresse les prélèvements du patient source et de la victime au laboratoire de biochimie (3^{ème} étage point rouge) **avec le feuillet 2**
- Va consulter si nécessaire le service référent ou d'accueil en fonction du créneau horaire **avec le feuillet 3.**

Si le patient source est VIH connu positif ou si le patient source est inconnu, la victime :

- Réalise les premiers soins selon le protocole AES (feuillet 1)
- Se fait prélever dans son service
- Joint une photocopie d'un justificatif d'identité (de la victime) : carte d'identité, passeport, titre de séjour.
- **Fait remplir le feuillet 2 et le Certificat Médical Initial** sur l'imprimé CERFA par un médecin de son service
- Colle une étiquette du patient source sur les feuillets 2 et 3
- Adresse les prélèvements de la victime au laboratoire de biochimie (3^{ème} étage point rouge) avec le feuillet 2
- Consulte **impérativement** le service référent ou d'accueil, en fonction du créneau horaire, dans les 4 heures **avec le feuillet 3**

2. RÔLE DU PERSONNEL DES SERVICES ACCUEILLANT LES VICTIMES (SAU - MALADIES INFECTIEUSES)

- Accueille et renseigne la victime sur le déroulement de la prise en charge
- S'assure que la victime a bien transmis les échantillons sanguins (patient source +++) au laboratoire de biochimie 3^{ème} étage point rouge
- Recueille les résultats d'analyse sur le serveur de résultats (appel du laboratoire dès qu'ils sont disponibles) et les présenter au médecin
- S'assure de la prise en charge rapide de la victime par un médecin

3. RÔLE DU LABORATOIRE

- Note l'heure d'arrivée des échantillons sanguins
- Réalise les sérologies du patient source en urgence
- Avertit par téléphone le médecin du service référent (selon le créneau horaire) qu'un AES a été géré et que les résultats sont disponibles sur le serveur de résultats
- Réalise les analyses de la victime.
- Transmet par courrier tous les résultats des examens biologiques (victime + patient source) avec la copie du feuillet 2 au service référent et au médecin du travail.

4. RÔLE DU MÉDECIN RÉFÉRENT OU D'ACCUEIL, À LA RÉCEPTION DES RÉSULTATS DU PATIENT SOURCE (APPEL DU LABO)

- Prend en charge la victime qui se présente munie du feuillet 3
- Prend connaissance des résultats du patient source sur le serveur de résultats (appelle si nécessaire la victime si elle ne s'est pas présentée au numéro de téléphone indiqué sur le feuillet 2)
- Évalue les risques de transmission
- Actualise l'évaluation du risque avec la victime
- Décide de la nécessité ou non d'initier un traitement antirétroviral (annexe 1)
 - Contacte, en cas de doute un médecin infectiologue (notifie la date, l'heure de ce contact ainsi que l'identité de la personne contactée sur le dossier)
 - En cas de traitement fait signer à la victime le consentement au traitement (en double exemplaire dont un sera conservé dans le dossier)
 - Un stock correspondant à un traitement pour 3 jours est disponible au SAU (**Tri-thérapie antirétrovirale**)
 - Donne si nécessaire le traitement antirétroviral pour 3 jours et informe la victime d'une nécessité de **réévaluation par un médecin référent dans les 72 heures**
- Met en place le traitement, remplit le bas du feuillet 3 et l'adresse automatiquement au service de médecine de santé au travail. Si nécessaire, fait intervenir l'interne de garde dans le service concerné pour évaluer l'existence de comportement à risque, obtenir des renseignements manquants.
- **Établit, si cela n'a pas été fait, le Certificat Médical Initial** sur l'imprimé CERFA
- Donne la note d'information à la victime (**traitement ou non**)

5. LA VICTIME À LA FIN DE SA CONSULTATION DOIT RECEVOIR

- Le Certificat Médical Initial d'accident du travail
- Les coordonnées du médecin chargé du suivi :
 - ↳ Si pas de traitement : le médecin de santé au travail
 - ↳ Si un traitement est instauré : le médecin référent de maladies infectieuses
 - Copie de l'ordonnance du traitement initial
 - Lettre type à l'attention du médecin chargé du suivi

6. CONDUITE A TENIR PAR LA VICTIME (APRES SA CONSULTATION)

- Prend contact avec :
 - ↳ Le médecin référent pour une consultation dans les 72 heures si un traitement est mis en place par le SAU.
 - ↳ Le médecin du travail (que l'AES soit traité ou non) pour analyse de l'accident et organisation du suivi
- Transmets à l'employeur la déclaration d'Accident du Travail et le Certificat médical initial (CMI) dans son intégralité pour les agents stagiaires et titulaires du CHUO (si possible dans les 48 heures pour les stagiaires et titulaires, dans les 48 heures pour les temporaires et contractuels).

7. ROLE DE LA DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES DU CHUO

- Pour les agents stagiaires et titulaires :
 - ↳ Adresse à l'agent la décision de prise en charge au titre d'accident du travail
 - ↳ Adresse au Service de Santé au Travail une copie de la décision de prise en charge de l'AES
- **Pour les agents contractuels et temporaires :**
 - ↳ Adresse un volet du **Certificat Médical Initial** à la CPAM

8. ROLE DU MEDECIN REFERENT DU SERVICE DE MALADIES INFECTIEUSES

Si un traitement antirétroviral a été instauré, le médecin référent :

- Reçoit dans les 72 heures, la victime en consultation,
- Décide de la poursuite ou de la modification du traitement anti-VIH.
- Assure le suivi de la victime pendant toute la durée du traitement
- Transmet régulièrement les résultats biologiques et autres pièces du dossier jusqu'à la fin du traitement au médecin de la santé au travail s'il s'agit d'un AES professionnel.

Buts du suivi par le médecin référent, si l'AES est traité :

- Apprécier la tolérance clinique et biologique
- Apprécier la compliance
- Apprécier la nécessité d'un éventuel soutien psychologique

9. ROLE DU MEDECIN DE LA SANTE AU TRAVAIL

- Assure le suivi des **AES professionnels non traités** (avec patient source VIH négatif, ou sans argument en faveur d'une séroconversion en cours).
- Assure le suivi des **AES professionnels traités, après l'arrêt du traitement**
- **Vérifie l'immunisation Hépatite B** et fait pratiquer si nécessaire, une injection de 500 UI Immunoglobulines anti-HBs dans les 72 heures et remet à jour la vaccination anti hépatite B
- Reçoit la victime pour analyser l'accident (questionnaire du CPIAS) et rappelle les mesures de prévention
- Fournit, au CPIAS (webAES) une fois par an le bilan des AES professionnels et en fait état dans son rapport annuel d'activité présenté au CHSCT.

VIII - SURVEILLANCE

La surveillance des AES professionnels survenant au CHUO est assurée par le service de santé au travail selon la méthodologie standardisée du CPIAS.

IX - MODALITÉS D'ÉVALUATION

Annuellement, suivi de 2 indicateurs :

- Pourcentage de dossiers AES des agents victimes du CHUO conformes
- Pourcentage de délais de prise en charge des victimes conformes

X - ANNEXES

- | | |
|---|---|
| 1) Conduite à tenir en cas d'AES | 5) Consentement sérodiagnostic de dépistage du VIH |
| 1Bis) Conduite à tenir en cas d'AES sur le Pôle Personnes âgées | 6) Certificat médical initial d'accident du travail |
| 2) Ordonnance feuillet 2 | 7) Déclaration d'accident du travail |
| 3) Ordonnance feuillet 3 | 8) Tableau de suivi biologique de la personne exposée aux virus VIH, VHC, VHB |
| 4) Le médecin urgentiste ou référent | 9) Indications au traitement antirétroviral initial |
| | 10) Coordonnées des intervenants |



**CONDUITE À TENIR EN CAS D'EXPOSITION ACCIDENTELLE
AU SANG ou AUTRE LIQUIDE BIOLOGIQUE**
**PERSONNEL du CHUO et toute personne travaillant pour le compte du
CHUO (dont étudiants paramédicaux et stagiaires)**

① Ne pas faire saigner - Laver - Désinfecter

Laver à l'eau et au savon doux, rincer, puis immerger la zone blessée pendant au moins 5 minutes dans une solution de Dakin (ou à défaut dans de la Bétadine dermique (flacon jaune), dans de l'alcool à 70°)

NB : En cas de projection sur les muqueuses, rincer abondamment pendant au moins 5 minutes au sérum physiologique ou à l'eau

② Munissez-vous de l'enveloppe « Conduite à tenir en cas d'AES » disponible dans les PC infirmiers

③ Si le patient source est identifié (si non identifié, passer au n°4)

- Recueillir le consentement du patient source et le faire prélever immédiatement (**2 tubes secs**) (**+ 2 tubes EDTA**) pour la charge virale si le patient source est connu VHC+ ou VIH+
- Coller une étiquette du patient source sur le feuillet n°2 et sur le feuillet n°3
- Faire remplir par un médecin de votre service (si pas de médecin, passer directement au n°4)
 - Le feuillet n°2 de la liasse :
 - Case « victime de l'accident »
 - Questionnaire d'évaluation du risque
 - Le certificat médical initial (CMI)
- Fournir la photocopie d'un justificatif d'identité (de la victime) : carte d'identité, passeport, titre de séjour.
- Adresser **en urgence** ce feuillet n°2 de la liasse, dûment rempli avec les prélèvements, au labo de biochimie

④ Contacter ou consulter dans l'heure qui suit en vous munissant du feuillet n°3 de la liasse

Cette consultation est impérative si le Patient source est VIH + ou si le patient source est inconnu

Entre 9 h 00 et 17 h 00 : Service des Maladies Infectieuses, Médecin d'astreinte (**Poste 15310**)

Entre 17 h 00 et 9 h 00, week-ends, jours fériés : Service des Urgences (**Poste 29099**)

LE MÉDECIN URGENTISTE OU RÉFÉRENT que vous consulterez

- ✍ Remplira le **feuillet n°2** si ce n'est pas déjà fait (à adresser en urgence au laboratoire)
- ✍ Remplira la partie grisée du feuillet **n°3**
- ✍ Fera l'évaluation du risque infectieux (cf feuillet n°4)
- ✍ Si nécessaire mettra en place une prophylaxie par rapport au risque éventuel VIH et hépatite B
- ✍ Rédigera le certificat médical initial sur l'imprimé Cerfa (si celui-ci n'a pas été établi dans le service) en notifiant le suivi sérologique pour 3 mois (mentionner un risque infectieux dans les 3 mois)

Il appartient à la victime d'envoyer le feuillet n°3 rempli à la médecine de santé au travail

⑤ Adresser à la Direction du Personnel ou des affaires médicales (si possible dans les 48 heures)

- La déclaration d'accident de travail sur l'imprimé destiné à cet effet
- Le certificat médical initial

⑥ Consulter le médecin du service de Santé au Travail qui assurera l'enquête et le suivi (Poste 14760**)**

⑦ En cas de mise en route du traitement antirétroviral et/ou indication de la sérovaccination VHB et/ou en cas d'apparition de fièvre consulter en maladies infectieuses

(Prendre RDV au Poste 15310)



AES SUR LE POLE PERSONNES ÂGÉES : CONDUITE À TENIR

AES On définit comme accident avec exposition au sang tout contact percutané (piqûre, coupure) ou muqueux (œil, bouche) ou sur peau lésée (eczéma, plaie) avec du sang ou un produit biologique contenant du sang.

Prise en charge immédiate	
Victime / Cadre de santé	Réaliser les premiers soins : NE PAS FAIRE SAIGNER, LAYER, DÉSINFECTER Laver à l'eau et au savon doux, rincer, puis immerger la zone blessée pendant au moins 5 minutes dans une solution de Dakin (ou à défaut dans de la Bétadine dermique, dans l'alcool à 70%). Se munir de la pochette AES .
Victime / IDE du service	Recueillir si possible le consentement du résident source . Effectuer ou faire effectuer le prélèvement du résident source si connu ; 2 tubes secs + 2 tubes EDTA.
Victime	Coller l' étiquette du résident source sur les feuillets 2 et 3.
Victime / IDE	Se faire prélever dans son service 2 tubes secs + 1 tube hépariné et fournir la photocopie d'un justificatif d'identité (de la victime) : carte d'identité, passeport, titre de séjour.

1. Suite de la prise en charge toute la semaine de 9 h 00 à 16 h 00 sur l'ensemble du Pôle PA	
Acteurs	Actions
Victime / Médecin PPA	Faire remplir le feuillelet 2 et le Certificat Médical initial sur l'imprimé CERFA par un médecin du service ou du Pôle PA si présent sinon se référer au cas n°2 ci-dessous.
Victime / Cadre de santé	Adresser les prélèvements du résident source et de la victime au laboratoire de biochimie (3ème étage du NHO - point rouge) avec le feuillelet 2 .
Médecins PPA et Maladie infectieuse / Victime	Réaliser l' analyse des risques : Un médecin du Pôle prend contact avec un médecin du service de maladies infectieuses (15310) pour réaliser une analyse de risques. Ils déterminent ensemble la nécessité d'adresser la victime au SAU pour la mise en place d'un traitement antirétroviral. Le cas échéant, la victime se rend en taxi au SAU muni du feuillelet 3 . Faire appel à un taxi par la centrale d'appel des taxis d'Orléans au 02.38.53.11.11 . Facture fournie au passager qui sera chargé de la transmettre à la Direction du Pôle PA.

2. Suite de la prise en charge de 16h00 à 9h00 et le week-end ou si absence d'un médecin du Pôle PA		
Acteurs	Résidence le Bois Fleuri	Résidences P. Pagot et Les Ecureuils
Victime / Cadre de garde	Prévenir le cadre de garde qui devra : - Organiser en taxi le transfert de la victime et du/des prélèvements sanguins au SAU. - Organiser le remplacement de la victime.	Prévenir le cadre de garde qui devra : - Organiser deux transferts en taxi : 1^{er} transfert pour IDE du NHO vers la résidence où se trouve la victime pour réaliser le ou les prélèvements. (Présence IDE le week-end : le prélèvement du résident peut être réalisé par ses soins, dans ce cas se référer à la procédure du Bois fleuri) 2^{ème} transfert : retour du taxi entre résidence et le NHO avec l'IDE, la victime et les prélèvements sanguins - Organiser le remplacement de la victime.
Victime	Se rendre au SAU du NHO avec les prélèvements et le feuillelet 2 (Taxi commandé par le cadre de garde).	
Médecin SAU	Sur place un médecin réalisera une analyse de risques et déduira la nécessité d'entamer un traitement antirétroviral.	
Médecin SAU	Faire remplir le feuillelet 2 et le Certificat Médical Initial sur l'imprimé CERFA par le médecin.	
Victime	Le retour vers l'établissement pourra se faire en taxi.	

Après chaque AES la victime doit :

- Adresser dans les 48H à la Direction des Ressources humaines ou des Affaires médicales : la déclaration d'accident du travail et le certificat médical initial.
- Consulter le médecin du service de santé au travail (14760) qui assurera le suivi.
- Consulter le service maladies infectieuses (29934) en cas de mise en route du traitement antirétroviral et ou indication de sérovaccination VHB et/ou en cas d'apparition de fièvre.

ÉVALUATION DU RISQUE : à renseigner par le MÉDECIN URGENTISTE OU RÉFÉRENT

L'IDE prélève et adresse les tubes au labo de biochimie (patient source et victime), accompagnés du feuillet 2

VICTIME DE L'ACCIDENT	PATIENT SOURCE																																																										
Fournir la photocopie d'un justificatif d'identité (de la victime) : carte d'identité, passeport, titre de séjour. Nom Prénom DDN Personnel du CHUO oui ☐ non ☐ Service : Grade : Téléphone auquel la victime peut être jointe dans les 4 heures qui suivent l'accident :	☐ INCONNU ☐ IDENTIFIÉ Prélever avec son accord et coller ici l'étiquette du patient :																																																										
BILAN À EFFECTUER par l'IDE <i>(utiliser exclusivement ce feuillet - ne pas utiliser les prescriptions connectées)</i>																																																											
VICTIME 2 tubes secs + 1 tube hépariné ➤ Sérologie VIH ➤ Ag HBs ➤ Ac anti-HBc ➤ Ac anti-HBs ➤ Sérologie VHC ➤ ALAT ➤ Créatinine, BHCG si indication TPE (Traitement Post-Exposition)	PATIENT SOURCE (en URGENCE) 2 tubes secs +/- 2 tubes EDTA ➤ Sérologie VIH : - Charge virale VIH (si VIH positif) - Antigène P24 (si suspicion de primo-infection) ➤ Ag HBs ➤ Ac anti HBc ➤ Sérologie VHC + charge virale-VHC (si VHC positif connu)																																																										
QUESTIONNAIRE D'EVALUATION DU RISQUE																																																											
Type d'exposition <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%;">Blessure profonde</td> <td style="width: 10%;">oui</td> <td style="width: 10%;">☐</td> <td style="width: 10%;">non</td> <td style="width: 10%;">☐</td> </tr> <tr> <td>Piqûre au travers d'un gant</td> <td>oui</td> <td>☐</td> <td>non</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>Aiguille creuse</td> <td>oui</td> <td>☐</td> <td>non</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>Bistouri ou lancette</td> <td>oui</td> <td>☐</td> <td>non</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>Projection cutanée ou oculaire</td> <td>oui</td> <td>☐</td> <td>non</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>Autres</td> <td>oui</td> <td>☐</td> <td>non</td> <td>☐</td> </tr> </table>	Blessure profonde	oui	☐	non	☐	Piqûre au travers d'un gant	oui	☐	non	☐	Aiguille creuse	oui	☐	non	☐	Bistouri ou lancette	oui	☐	non	☐	Projection cutanée ou oculaire	oui	☐	non	☐	Autres	oui	☐	non	☐	Le patient SOURCE Est-il porteur : <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">du VIH ?</td> <td style="width: 10%;">oui</td> <td style="width: 10%;">☐</td> <td style="width: 10%;">non</td> <td style="width: 10%;">☐</td> <td style="width: 30%;">NSP</td> <td style="width: 10%;">☐</td> </tr> <tr> <td>du VHB ?</td> <td>oui</td> <td>☐</td> <td>non</td> <td>☐</td> <td>NSP</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>du VHC ?</td> <td>oui</td> <td>☐</td> <td>non</td> <td>☐</td> <td>NSP</td> <td>☐</td> </tr> </table> Y-a-t-il un risque de primo-infection du VIH : <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;"></td> <td style="width: 10%;">oui</td> <td style="width: 10%;">☐</td> <td style="width: 10%;">non</td> <td style="width: 10%;">☐</td> <td style="width: 30%;">NSP</td> <td style="width: 10%;">☐</td> </tr> </table> Charge virale : Motifs de l'hospitalisation du patient source : Date de son entrée à l'Hôpital :	du VIH ?	oui	☐	non	☐	NSP	☐	du VHB ?	oui	☐	non	☐	NSP	☐	du VHC ?	oui	☐	non	☐	NSP	☐		oui	☐	non	☐	NSP	☐
Blessure profonde	oui	☐	non	☐																																																							
Piqûre au travers d'un gant	oui	☐	non	☐																																																							
Aiguille creuse	oui	☐	non	☐																																																							
Bistouri ou lancette	oui	☐	non	☐																																																							
Projection cutanée ou oculaire	oui	☐	non	☐																																																							
Autres	oui	☐	non	☐																																																							
du VIH ?	oui	☐	non	☐	NSP	☐																																																					
du VHB ?	oui	☐	non	☐	NSP	☐																																																					
du VHC ?	oui	☐	non	☐	NSP	☐																																																					
	oui	☐	non	☐	NSP	☐																																																					
A REMPLIR IMPÉRATIVEMENT																																																											
Date de l'accident : Heure de l'accident : Heure du prélèvement : Test de dépistage pratiqué aux urgences oui ☐ non ☐ Résultat sérologie patient source :	Nom et cachet du médecin prescripteur N° de téléphone :																																																										
Il n'est pas nécessaire de prendre un bon de consultation Le laboratoire transmet les résultats sérologiques au médecin prescripteur par téléphone (les résultats du patient source sont également disponible sur le serveur de résultats) Solliciter le MAO si médecin prescripteur non joignable																																																											

TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE : à renseigner par le **MÉDECIN URGENTISTE OU RÉFÉRENT**
et feuillet 3 à adresser **au Service de Santé au Travail** après avoir renseigné le dernier paragraphe

VICTIME DE L'ACCIDENT	PATIENT SOURCE																														
Fournir la photocopie d'un justificatif d'identité (de la victime) : carte d'identité, passeport, titre de séjour. Nom : Prénom : DDN : Personnel du CHUO oui ☐ non ☐ Service : Grade : Téléphone auquel la victime peut être jointe dans les 4 heures qui suivent l'accident :	☐ INCONNU ☐ IDENTIFIÉ Prélever avec son accord et coller ici l'étiquette du patient																														
BILAN EFFECTUE																															
VICTIME 2 tubes secs + 1 tube hépariné ➤ Sérologie VIH ➤ Ag HBs ➤ Ac anti-HBc ➤ Ac anti-HBs ➤ Sérologie VHC ➤ ALAT ➤ Créatinine, BHCG si indication TPE (Traitement Post-Exposition)	PATIENT SOURCE (en URGENCE) 2 tubes secs +/- 2 tubes EDTA ➤ Sérologie VIH : ▪ Charge virale VIH (si VIH positif) ▪ Antigène P24 (si suspicion de primo-infection) ➤ Ag HBs ➤ Ac anti HBc ➤ Sérologie VHC + charge virale-VHC (si VHC positif connu)																														
QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION DU RISQUE																															
Type d'exposition <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%;">Blessure profonde</td> <td style="width: 10%;">oui</td> <td style="width: 10%;">☐</td> <td style="width: 10%;">non</td> <td style="width: 10%;">☐</td> </tr> <tr> <td>Piqûre au travers d'un gant</td> <td>oui</td> <td>☐</td> <td>non</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>Aiguille creuse</td> <td>oui</td> <td>☐</td> <td>non</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>Bistouri ou lancette</td> <td>oui</td> <td>☐</td> <td>non</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>Projection cutanée ou oculaire</td> <td>oui</td> <td>☐</td> <td>non</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>Autres</td> <td>oui</td> <td>☐</td> <td>non</td> <td>☐</td> </tr> </table>	Blessure profonde	oui	☐	non	☐	Piqûre au travers d'un gant	oui	☐	non	☐	Aiguille creuse	oui	☐	non	☐	Bistouri ou lancette	oui	☐	non	☐	Projection cutanée ou oculaire	oui	☐	non	☐	Autres	oui	☐	non	☐	Le patient SOURCE Est-il porteur : du VIH ? oui ☐ non ☐ NSP ☐ du VHB ? oui ☐ non ☐ NSP ☐ du VHC ? oui ☐ non ☐ NSP ☐ Y-a-t-il un risque de primo-infection du VIH : oui ☐ non ☐ NSP ☐ Charge virale : Motifs de l'hospitalisation du patient source : Date de son entrée à l'Hôpital :
Blessure profonde	oui	☐	non	☐																											
Piqûre au travers d'un gant	oui	☐	non	☐																											
Aiguille creuse	oui	☐	non	☐																											
Bistouri ou lancette	oui	☐	non	☐																											
Projection cutanée ou oculaire	oui	☐	non	☐																											
Autres	oui	☐	non	☐																											
À REMPLIR IMPÉRATIVEMENT																															
Date de l'accident : Heure de l'accident : Heure du prélèvement : Test de dépistage pratiqué aux urgences oui ☐ non ☐ Résultat sérologie patient source :	Nom et cachet du médecin prescripteur N° de téléphone :																														
TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE PROPOSÉ après recueil statut sérologique patient source (cf. recommandations feuillet 4)																															
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%;">Trithérapie (délivrée)</td> <td style="width: 10%;">oui</td> <td style="width: 10%;">☐</td> <td style="width: 10%;">non</td> <td style="width: 10%;">☐</td> </tr> <tr> <td>Vaccin VHB (service maladies infectieuses)</td> <td>oui</td> <td>☐</td> <td>non</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>Contraception</td> <td>oui</td> <td>☐</td> <td>non</td> <td>☐</td> </tr> </table>	Trithérapie (délivrée)	oui	☐	non	☐	Vaccin VHB (service maladies infectieuses)	oui	☐	non	☐	Contraception	oui	☐	non	☐	Nom et cachet du médecin REFERENT OU URGENTISTE															
Trithérapie (délivrée)	oui	☐	non	☐																											
Vaccin VHB (service maladies infectieuses)	oui	☐	non	☐																											
Contraception	oui	☐	non	☐																											

Feuille 4 / PERSONNEL CHUO / MÉDECIN URGENTISTE ou RÉFÉRENT

MÉDECIN URGENTISTE OU RÉFÉRENT

- ↳ Remplira le **feuille n°2** si ce n'est déjà fait (ordonnance à adresser avec les prélèvements du PS en urgence au laboratoire).
- ↳ **Fera l'évaluation du risque infectieux** (VIH, Hépatite B, Hépatite C) Cf indications au traitement prophylactique ci-dessous).
- ↳ **Si nécessaire, mettra en place une prophylaxie** par rapport au risque éventuel VIH et hépatite B : ce traitement doit débiter le plus rapidement possible dans les 4 heures pour le VIH et au maximum dans un délai allant jusqu'à 48 heures après l'exposition.
- ↳ Remplira la partie grisée du **feuille n°3**.
- ↳ Rédigera le certificat médical initial sur l'imprimé Cerfa (si celui-ci n'a pas été établi dans le service) en notifiant le suivi sérologique pour 3 à 6 mois.

INDICATIONS AU TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE

1 - Exposition VIH : trithérapie (**kit aux URGENCES et service Maladies Infectieuses**)

Risque et nature de l'exposition	Statut VIH personne source		
	Positif		Inconnu
	CV détectable	CV < 50 copies/ml	
Important : Piqûre profonde, aiguille creuse et intra-vasculaire (artérielle ou veineuse)	TPE recommandé	TPE non recommandé*	TPE recommandé
Intermédiaire : Coupure avec bistouri Piqûre avec aiguille IM ou SC Piqûre avec aiguille pleine Exposition cutané-muqueuse avec temps de contact > 15 min	TPE recommandé	TPE non recommandé*	TPE non recommandé
Faible : Piqûres avec seringues abandonnées Crachats, morsures ou griffures Autres cas	TPE non recommandé		

* Dans le cas d'une personne source connue comme infectée par le VIH, suivie et traitée, dont la charge virale plasmatique est régulièrement indétectable, il est légitime de ne pas traiter. Il est recommandé de ne contrôler la charge virale du patient source que si le dernier contrôle biologique notant une CV indétectable date de plus de 6 mois ou si existent des doutes sur la bonne observance aux ARV du patient source. Dans ces situations un TPE peut être instauré en urgence mais il devra être interrompu à 48-96 heures lorsque le référent reverra la personne exposée, si la charge virale de la personne source s'avère toujours indétectable (contrôle fait juste après l'exposition).

2 - Exposition VHB : vaccin (**service Maladies Infectieuses**)

Indications de la sérovaccination VHB

Personne exposée	Statut VHB de la personne source	
	Positif (Ag HBs+)	ADN plasmatique indétectable et TENOFOVIR prescrit dans cadre TPE antiVIH
Non vaccinée	Immunoglobulines (Ig) + vaccin	Vaccin
Vaccinée non répondeur	Immunoglobulines (Ig)	Rien

Débuté au mieux dans les **72 heures** suivant l'exposition, éventuellement jusqu'à J7 (Première injection IM deltoïde de 20 microgrammes, complétée par 2 injections à M1 et M6)

+ Immunoglobulines spécifiques* Dans les 72 heures suivant l'exposition 1 injection IM de 500 UI en IM, surveillance immédiate nécessaire

3 - NB : Contraception : Éviter tout risque de grossesse dans ce contexte + Vérifier interactions ARV-contraceptifs oraux

CONSENTEMENT SÉRODIAGNOSTIC DE DÉPISTAGE DU VIH

Nom :
Prénom :
Date de naissance :
Date du prélèvement :

Je reconnais avoir été informé oralement par le Docteur.....
En accord avec la circulaire DHS/DH/95 du 6 mai 1995.

- ☐ J'accepte le dépistage du HIV ainsi que la congélation du prélèvement sanguin
(conservation 1 an au laboratoire)
- ☐ Je refuse le dépistage du HIV

Signature du patient

Signature du prescripteur

A CONSERVER DANS LE DOSSIER DU PATIENT



certificat médical accident du travail maladie professionnelle

notice d'utilisation destinée au praticien

Ce certificat médical doit être utilisé pour les salariés victimes d'accidents du travail, de trajet, de maladies professionnelles (dans le cadre des tableaux ou hors tableaux – article L. 461-1 du Code de la sécurité sociale), ou de rechute.

Les renseignements concernant la victime et l'employeur seront complétés par le praticien à l'aide des informations fournies par la victime.

Dans la partie « renseignements médicaux », décrivez avec précision l'état de la victime, le siège, la nature des lésions ou de la maladie avec les symptômes constatés et les séquelles fonctionnelles.

IMPORTANT

Une reprise de travail peut être antérieure à la date de guérison ou de consolidation. Si la reprise d'un travail léger (à temps partiel) est de nature à favoriser une guérison ou une consolidation, précisez-le dans la rubrique « constatations détaillées ».

Il faut indiquer, en cas de **guérison** ou de **consolidation**, les conséquences définitives de l'accident ou de la maladie.

Il est possible exceptionnellement, sur proposition du médecin traitant, de maintenir des soins après consolidation pour éviter l'aggravation des séquelles.

Cette possibilité, limitée dans le temps, est soumise à l'accord du praticien conseil.

volets 1 et 2 : à adresser directement par le praticien **sous 24 heures** à l'organisme dont dépend la victime
(article L. 441-6 du Code de la sécurité sociale)

volet 3 : à remettre par le praticien à la victime

volet « certificat d'arrêt de travail » : à remettre par le praticien à la victime, qui peut l'adresser, en cas d'arrêt de travail, à son employeur ou à l'ASSEDIC si elle est en situation de chômage, afin de les informer

cerfa
n°11138*01

certificat médical accident du travail maladie professionnelle

(articles L. 441-6 et L. 461-5 du Code de la sécurité sociale)

(ne cocher qu'une seule case)

☐ initial ☐ de prolongation
☐ final ☐ de rechute

volet 2, à adresser par
le praticien à
l'organisme dans les
24 heures

l'assuré(e) (à compléter à l'aide de la carte d'assurance maladie)

• **régime**
général agricole autre : lequel ?

• **identité**
numéro d'immatriculation
nom (suivi, s'il y a lieu du nom d'usage) Ce modèle est communiqué à titre d'information
prénoms afin que vous puissiez en prendre connaissance.
adresse Pour votre démarche, le formulaire original fourni par
l'organisme d'assurance maladie doit être utilisé.

• **accident du travail ou maladie professionnelle**
s'agit-il d'un accident du travail ? d'une maladie professionnelle ?
date de l'accident ou de la 1^{ère} constatation médicale de la maladie professionnelle :
présentation de la feuille d'accident du travail/maladie professionnelle oui non⁽¹⁾

⁽¹⁾ en cas de non présentation de la feuille, les honoraires doivent être demandés (art. L. 432-3 du Code de la sécurité sociale)

l'employeur

nom, prénom ou dénomination sociale :

les renseignements médicaux

• **constatations détaillées** (siège, nature des lésions ou de la maladie professionnelle, séquelles fonctionnelles)

• **conséquences**
arrêt de travail jusqu'au
sorties autorisées oui non de heures à heures
reprise de travail le
soins jusqu'au *

• **conclusions** (à remplir seulement en cas de certificat final)
guérison avec retour à l'état antérieur, date
guérison apparente avec possibilité de rechute ultérieure, date
consolidation avec séquelles, date

certificat établi le
à
signature du praticien

cachet du praticien ou de l'établissement

* complétez également, si nécessaire, les rubriques « arrêt de travail » ou « reprise du travail »

La loi 78.17 du 6.1.78 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant.

S 6909a

cerfa
n°11138*01

certificat médical accident du travail maladie professionnelle

(articles L. 441-6 et L. 461-5 du Code de la sécurité sociale)

(ne cocher qu'une seule case)

☐ initial ☐ de prolongation

☐ final ☐ de rechute

volet 3, à conserver
par la victime

(à apporter lors de
chaque consultation)

l'assuré(e) (à compléter à l'aide de la carte d'assurance maladie)

• régime

☐ général

☐ agricole

☐ autre : lequel ?

• identité

numéro d'immatriculation

nom (suivi, s'il y a lieu du nom d'usage)

prénoms

adresse

Ce modèle est communiqué à titre d'information

afin que vous puissiez en prendre connaissance.

Pour votre démarche, le formulaire original fourni par
l'organisme d'assurance maladie doit être utilisé.

• accident du travail ou maladie professionnelle

s'agit-il ☐ d'un accident du travail ?

☐ d'une maladie professionnelle ?

date de l'accident ou de la 1^{ère} constatation médicale de la maladie professionnelle :

présentation de la feuille d'accident du travail/maladie professionnelle

☐ oui

☐ non⁽¹⁾

⁽¹⁾ en cas de non présentation de la feuille, les honoraires doivent être demandés (art. L. 432-3 du Code de la sécurité sociale)

l'employeur

nom, prénom ou dénomination sociale :

les renseignements médicaux

• constatations détaillées (siège, nature des lésions ou de la maladie professionnelle, séquelles fonctionnelles)

• conséquences

☐ arrêt de travail jusqu'au

sorties autorisées ☐ oui ☐ non

de

heures à

heures

☐ reprise de travail le

☐ soins jusqu'au *

• conclusions (à remplir seulement en cas de certificat final)

☐ guérison avec retour à l'état antérieur, date

☐ guérison apparente avec possibilité de rechute ultérieure, date

☐ consolidation avec séquelles, date

certificat établi le
à
signature du praticien

cachet du praticien ou de l'établissement

* complétez également, si nécessaire, les rubriques « arrêt de travail » ou « reprise du travail »

La loi 78.17 du 6.1.78 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant.

S 6909a

cerfa
n°11138*01

certificat arrêt de travail

accident du travail

maladie professionnelle

(ne cocher qu'une seule case)

☐ initial ☐ de prolongation

☐ de rechute

l'assuré(e) (à compléter à l'aide de la carte d'assurance maladie)

• **régime**

☐ général ☐ agricole ☐ autre : lequel ?

• **identité**

numéro d'immatriculation

nom (suivi, s'il y a lieu du nom d'usage)

prénoms

adresse

Ce modèle est communiqué à titre d'information
afin que vous puissiez en prendre connaissance.
Pour votre démarche, le formulaire original fourni par
l'organisme d'assurance maladie doit être utilisé.

• **accident du travail ou maladie professionnelle**

s'agit-il ☐ d'un accident du travail ? ☐ d'une maladie professionnelle ?

date de l'accident ou de la 1^{ère} constatation médicale de la maladie professionnelle :

présentation de la feuille d'accident du travail/maladie professionnelle ☐ oui ☐ non⁽¹⁾

⁽¹⁾ en cas de non présentation de la feuille, les honoraires doivent être demandés (art. L. 432-3 du Code de la sécurité sociale)

l'employeur

nom, prénom ou dénomination sociale :

CE DOCUMENT PEUT ETRE ADRESSE PAR LA VICTIME A L'EMPLOYEUR POUR JUSTIFIER DE SON ABSENCE
OU A L'ASSEDIC SI ELLE EST EN SITUATION DE CHOMAGE

• **conséquences**

☐ arrêt de travail jusqu'au
sorties autorisées ☐ oui ☐ non de heures à heures
☐ reprise de travail le

certificat établi le
à
signature du praticien

cachet du praticien ou de l'établissement

La loi 78.17 du 6.1.78 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant.

S 6909a

Déclaration à établir le plus soigneusement possible.
Si l'agent est dans l'impossibilité de la remplir, La Direction du personnel doit s'en charger.



- ACCIDENT DE SERVICE PROPREMENT DIT
- MALADIE PROFESSIONNELLE
- MALADIE IMPUTABLE AU SERVICE

(Rayer les mentions inutiles)

ACCIDENT DE SERVICE (1)

Déclaration de la victime

En cas d'accident de trajet, utiliser l'imprimé prévu à cet effet

IDENTITE

NOM (En Majuscules) _____ PRENOM _____

Nom de jeune fille (En Majuscules) _____

Adresse : n° _____ Rue _____ Téléphone _____

A (En Majuscules) _____ Code postal _____

Date de naissance _____ à _____ Sexe F ☐ M ☐

Grade _____

Service _____ Etablissement PM ☐ La Source ☐

N° Poste _____ Saran ☐ Pagot ☐ St Jean Braye ☐ Gauguin ☐

Position statutaire Stagiaire ☐ Titulaire ☐ Contractuel ☐

Etes vous bénéficiaire d'une rente ou d'une allocation suite à un précédent accident de service ? oui ☐ non ☐

Date d'entrée au C.H.R.O. _____

CIRCONSTANCES DE L'ACCIDENT DE SERVICE

Jour _____ à _____ Heures _____ Minutes _____

Lieu exact de l'accident _____

Si cet accident est en relation avec un accident précédent, veuillez en préciser la date _____

Horaires de travail le jour de l'accident _____

Travail à temps partiel oui ☐ non ☐ Si oui, taux _____

Pour le personnel de nuit début le _____ à _____

fin le _____ à _____

IMPORTANT

L'agent victime d'un accident présumé imputable au service est tenu de fournir un CERTIFICAT MEDICAL avec DESCRIPTION DETAILLEE DES BLESSURES ; ce certificat doit, en outre, porter le nom du médecin, sa signature et la date de la consultation.

Si l'état de santé de l'agent nécessite des soins, la direction du personnel lui délivrera une liasse de prise en charges.

PARTIE A REMPLIR PAR L'ACCIDENTÉ(E)

1- CHUTE ET GLISSADE (A)					☐
Plusieurs cases à cocher Circonstances – Lieu et Causes					
1.1 Circonstances	1.1.1	Chute de plain pied	☐		
	1.1.2	Chute de hauteur	☐		
1.2 Lieu	1.2.1	Chambre	☐		
	1.2.2	Circulation	☐		
	1.2.3	Escaliers	☐		
	1.2.4	Autre	☐	*	
1.3 Causes	1.3.1	Sol mouillé	☐		
	1.3.2	Sol abîmé	☐		
	1.3.3	Sol en cours de réfection	☐		
	1.3.4	Autres	☐	*	
2 - ACCIDENT DÛ A L'EMPLOI D'OUTIL(S) (B)					☐
(pour les outils souillés par liquides biologiques se reporter au chapitre 8.1)					
	2.1	Outil coupant souillé	☐	*	
	2.2	Outil coupant non souillé	☐		
	2.2	Outil contondant	☐	*	
	2.3	Autres	☐	*	
3 - ACCIDENT DU A MACHINE AUTRE QUE 2 (C)					☐
					*
4 - ACCIDENT PAR BRULURE THERMIQUE (D)					☐
(pour les brûlures chimiques se reporter au chapitre 10)					
	4.1	Liquide	☐	*	
	4.2	Equipement ou appareil ou instrument	☐	*	
	4.3	Autres	☐	*	
5 - ACCIDENT DE SOULEVEMENT OU DE MANUTENTION (E)					☐
Plusieurs cases à cocher Nature et Type ou Autres					
5.1 Nature	5.1.1	Malade	☐		
	5.1.2	Charge inerte	☐		
5.2 Type	5.2.1	Soulèvement ou manutention assisté(e) par un ou des collègues oui ☐ non ☐			
	5.2.2	Soulèvement ou manutention assisté(e) par du matériel oui ☐ non ☐			
	5.3	Autres	☐		
6 - ACCIDENT DU A MALADE AGITE (F)					☐
7 - ACCIDENT DE CIRCULATION (HORS TRAJET) A L'INTERIEUR ET A L'EXTERIEUR DU CHRO (G)					☐
8 - RISQUES BIOLOGIQUES & OBJET OU MASSE EN MOUVEMENT (H)					
8.1 - RISQUES BIOLOGIQUES					☐
8.1.1. - Contact avec des liquides biologiques	8.1.1.1	Piqûre	☐		
	8.1.1.2	Coupure	☐		
	8.1.1.3	Projection	☐		
	8.1.1.4	Autre (Morsure griffure)	☐	*	
8.1.2.- Contact avec des personnes porteuses de pathologie contagieuse			☐	*	
8.1.3.- Autre			☐		

* A préciser

8.2 - PROJECTION OBJET OU MASSE EN MOUVEMENT ACCIDENTEL				☐
	8.2.1	Matériel médical	☐	*
	8.2.2	Choc avec élément fixe	☐	*
	8.2.3	Choc avec élément en mouvement	☐	*
	8.2.4	Effondrement d'objet en hauteur	☐	*
	8.2.5	Autre	☐	*
9 - ACCIDENT PAR RAYONNEMENTS (I)				☐
	Type de rayonnement ?		*	
	Equipement responsable ?		*	
10- ACCIDENT LIE A DES PRODUITS CHIMIQUES (J)				☐
	10.1	Médicament	☐	
	10.2	Produit d'entretien	☐	
	10.3	Autres	☐	
11 - AUTRES (K)				☐
	* A préciser			

Description de l'accident _____

Localisation de la lésion et/ou de la douleur _____

L'accident a-t-il eu des témoins ? oui ☐ non ☐

NOM ET ADRESSE DU MEDECIN TRAITANT AVANT L'ACCIDENT :

ANTECEDENTS POUVANT ENGENDRER UN ETAT PREEXISTANT AU PRESENT ACCIDENT DE SERVICE

Tiers responsable oui ☐ non ☐

Si oui, Nom, profession, adresse _____

Déclaration établie le _____

A _____ heures _____ minutes

Signature de l'agent

DECLARATION DES TEMOINS

Nom
Grade
Adresse
Déclaration

Nom.....

Grade.....

Adresse.....

Déclaration

.....

.....

.....

.....

Date et signature

Date et signature

DECLARATION DU CADRE ou du CHEF DE SERVICE

Avez-vous été témoin de l'accident ?

oui ☐ non ☐

Si oui, pouvez-vous confirmer les circonstances ?

oui ☐ non ☐

Si non, disposez-vous d'éléments confirmant la réalité et la crédibilité de la déclaration ?

oui ☐ non ☐

Tâches exercées par l'agent le jour de l'accident

Commentaire

[illegible]

Nom prénom

Date et signature

AVIS DU DIRECTEUR DU PERSONNEL

☐ Avis favorable à l'imputabilité au service de l'accident déclaré par l'intéressé(e)

☐ Doute sur l'imputabilité au service pour la raison suivante :

☐ Autre(s) observation(s)

Orléans le

Le directeur du personnel
et des relations sociales,

Signature

Cadre réservé au service des accidents de service

AES suivi biologique après exposition au sang

		Avec ou sans TPE
Temporalité	Bilan initial	A S12 post-exposition
Sérologie VIH	+	+ (1)
Sérologie VHB	+	+/- (2)
Sérologie VHC	+	+ (3)
ALAT	+ (4)	+
Créatinine + DFG	+ (4)	
Test de grossesse	+/- (4, 5)	

(1) Pour les personnes ne souhaitant pas attendre 12 semaines pour avoir les résultats de leur test pour le VIH, celui-ci peut être réalisé à 6 semaines (ou 10 semaines en cas de TPE)

(2) En cas de risque VHB : Ac anti-HBs négatifs au screening et personne non vaccinée

(3) En cas d'exposition à un sujet source ARN VHC+, un bilan plus précoce pourra être réalisé à S6 avec ALAT et charge virale VHC

(4) En cas de TPE

(5) Femmes en âge de procréer, en l'absence de contraception au screening et chaque fois que les femmes le souhaitent

INDICATIONS AU TRAITEMENT ANTIRÉTROVIRAL

Le traitement post-exposition doit être réservé aux situations à risque identifiable de transmission du VIH.

Risque et nature de l'exposition	Statut VIH personne source		
	Positif		Inconnu
	CV détectable	CV < 50 copies/ml	
Important : Piqure profonde, aiguille creuse et intra-vasculaire (artérielle ou veineuse)	TPE recommandé	TPE non recommandé*	TPE recommandé
Intermédiaire : Coupure avec bistouri Piqûre avec aiguille IM ou SC Piqûre avec aiguille pleine Exposition cutanéomuqueuse avec temps de contact > 15 min	TPE recommandé	TPE non recommandé*	TPE non recommandé
Faible : Piqûres avec seringues abandonnées Crachats, morsures ou griffures Autres cas	TPE non recommandé		

* Dans le cas d'une personne source connue comme infectée par le VIH, suivie et traitée, dont la charge virale plasmatique est régulièrement indétectable, il est légitime de ne pas traiter. Il est recommandé de ne contrôler la charge virale du patient source que si le dernier contrôle biologique notant une CV indétectable date de plus de 6 mois ou si existent des doutes sur la bonne observance aux ARV du patient source. Dans ces situations un TPE peut être instauré en urgence mais il devra être interrompu à 48-96 heures lorsque le référent reverra la personne exposée, si la charge virale de la personne source s'avère toujours indétectable (contrôle fait juste après l'exposition).

COORDONNÉES DES INTERVENANTS dans les services référents

SERVICE ACCUEIL (AES HORS CHU et INTRA CHU selon les horaires) :
Service des Urgences (SAU) : **Poste : 29099 - Fax : 14211**

SERVICES RÉFÉRENTS :
Maladies Infectieuses : **Poste : 15310 - Fax : 14153**

SUIVI AES (AES INTRA CHU) :
Service de Santé au Travail : **Poste : 14760 - Fax : 14158**

Entre 9 h 00 et 17 h 00

↳ **Service de Maladies Infectieuses**
Médecin d'astreinte
(Poste 15310)

Entre 17 h 00 et 9 h 00, week-ends, jours fériés

↳ **Service des Urgences**
(Poste 29099)