

Rapport d'hôpital – Expositions humaines à des animaux présumés enrégés et recommandation à la prophylaxie antirabique postexposition

Section 1 : Renseignements sur le patient

Nom de famille : _____	Prénom : _____
Numéro d'assurance-maladie : _____	Date de la visite (aa-mm-jj) : _____
Parent ou tuteur (le cas échéant) : _____	
Adresse : _____	Ville : _____
Province : _____	Code postal : _____
Téléphone : _____	Autre numéro de téléphone : _____
Date de naissance (aa-mm-jj) : _____	Sexe : () Homme () Femme
Poids du patient (kg) : _____	Prophylaxie antirabique antérieure : () Oui () Non
Médecin traitant : _____	Hôpital : _____

Section 2 : Renseignements sur l'exposition

Date de l'exposition (aa-mm-jj) : _____	Endroit de la plaie : _____
Type d'exposition : <input type="checkbox"/> Morsure (pénétration de la peau avec les dents) <input type="checkbox"/> Aucune morsure (égratignures, éraflures, plaies ouvertes ou muqueuses ou tissus nerveux contaminés par la salive ou autres matières potentiellement infectées, p. ex. tissu cérébral) <input type="checkbox"/> Exposition aux chauves-souris (contact direct avec des chauve-souris ET morsure, égratignure, plaie ou muqueuse contaminée par la salive ne peuvent être exclues)	
Animal concerné (veuillez indiquer l'espèce animale dans la case) : <input type="checkbox"/> Chauve-souris _____ <input type="checkbox"/> Carnivores sauvages : _____ <input type="checkbox"/> Animal d'élevage : _____ <input type="checkbox"/> Chien, chat ou furet : _____	
Est-ce que l'animal faisait preuve de comportement agressif inhabituel ou présentait des signes neurologiques manifestes au moment de l'exposition? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Sans réponse	Veuillez préciser : _____
L'animal est-il disponible pour une période d'observation ou est-il prêt à subir un dépistage de la rage? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Sans réponse	
Lieu géographique de l'animal (s'il est connu) _____	
Nom du propriétaire de l'animal : _____	
Adresse : _____	Ville : _____
Province : _____	Code postal : _____
Téléphone : Résidence (_____) Travail (_____) _____	Autre numéro de téléphone : _____

Section 3 : Recommandation relative à la prophylaxie (PPE) et renseignements sur l'immunisation

<input type="checkbox"/> Reporter la PPE en attendant la période d'observation ou le test diagnostique <input type="checkbox"/> PPE amorcée : RIg et série de 4 doses de vaccin pour les personnes immunocompétentes <input type="checkbox"/> PPE amorcée : RIg et série de 5 doses de vaccin pour les personnes immunodéficientes ou qui prennent des antipaludiques <input type="checkbox"/> PPE amorcée : 2 doses de vaccin pour les personnes immunisées antérieurement	
Immunoglobuline antirabique (RIg) Nom du produit : _____ Voie : _____	Date d'administration (AA-MM-JJ) _____ N° de lot : _____ Dosage (ml) : _____ Site : _____
Vaccin antirabique Nom du produit : _____ Voie : _____	Date d'administration (AA/MM/JJ) _____ N° de lot : _____ Dosage (ml) _____ Site : _____