

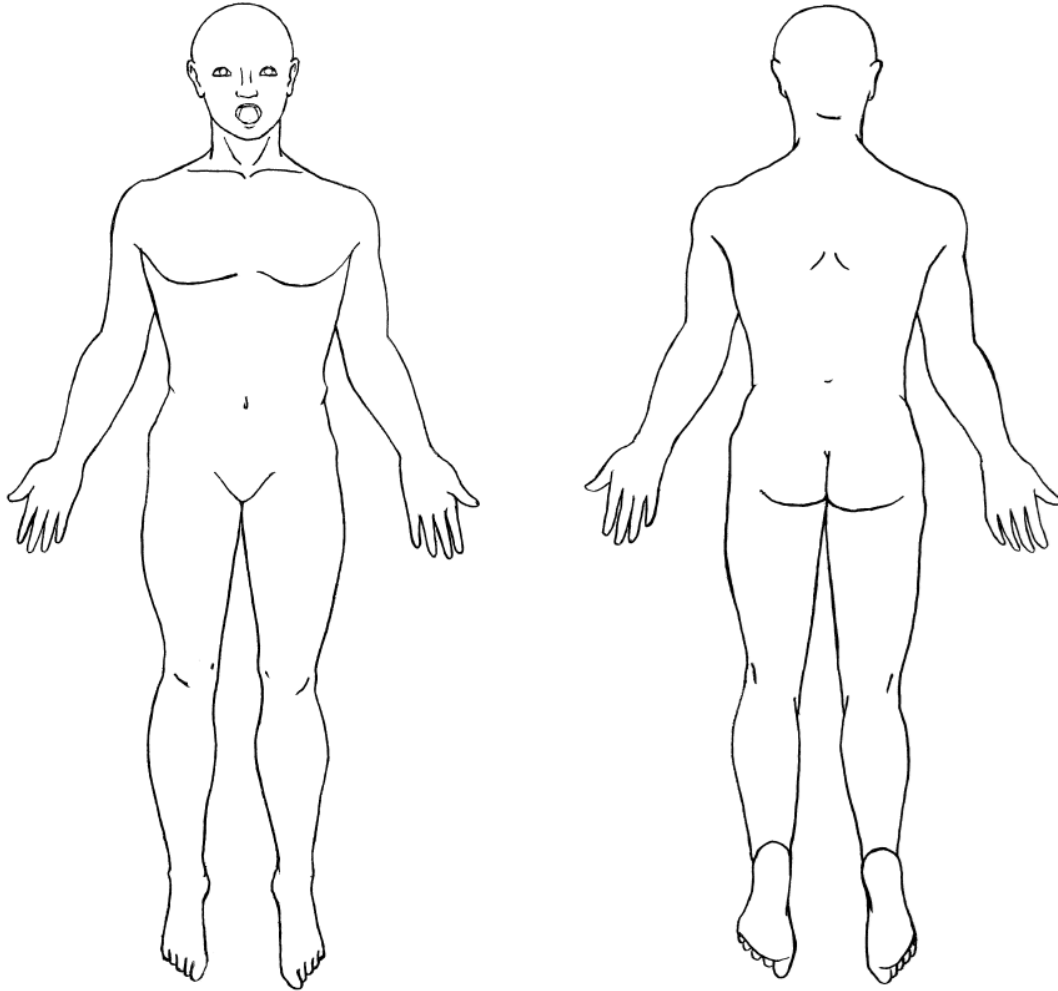
**Examen physique effectué par :** \_\_\_\_\_  
(en lettres moulées)

Numéro d'identification unique

**Date et heure de l'examen :** \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_  
AAAA-MM-JJ hh:mm

ÉVALUATION	OUI	NON	Si réponse affirmative ou si vérification impossible, veuillez apporter les explications nécessaires
1. Évidence de tatouage récent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Évidence de perçage d'oreille(s) ou corporel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Évidence d'utilisation de drogues percutanées non prescrites telles que des traces d'insertion d'aiguilles (y compris un examen des tatouages pouvant dissimuler des traces d'aiguilles)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Lésion, infection ou traumatisme au niveau du site éventuel de prélèvement.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Présence de taches ou de lésions cutanées (bleues, mauves, grises ou noires) compatibles avec un sarcome de Kaposi ou autre néoplasie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. Jaunisse, hépatomégalie ou ictère inexpliqué	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. Lymphadénopathies ou des lésions cutanéomuqueuses inexpliquées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. Masses suspectes de néoplasie (abdominales, mammaires ou une autre localisation)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9. Lésions pulmonaires à la radiographie ou à la tomodensitométrie thoracique compatibles avec une néoplasie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. Candidose buccale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11. Évidence clinique de maladies transmises sexuellement telles que des ulcérations génitales, l'herpès simplex, la syphilis et le chancre mou (lésions génitales)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12. Chez les donneurs masculins : évidence clinique de relations sexuelles anales, y compris des condylomes périanal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13. Preuve physique de sepsis (telle qu'une éruption cutanée généralisée inexpliquée)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14. Présence de traces compatibles avec une immunisation récente contre la variole (grandes gales, eczéma vaccinal, éruption cutanée vésiculeuse généralisée (vaccin généralisée), lésion nécrosée importante qui confirme une vaccine nécrotique, cicatrisation cornéenne qui confirme une kératite vaccinale)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15. Anomalie oculaire identifiée (ex. : ictère, plaie, tumeur, infection de la cornée)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**Veillez compléter le VERSO du présent document et vous assurer de le signer et le dater.**



**Légende :**

<b>A</b> Abrasion	<b>FXO</b> Fracture ouverte	<b>RAS</b> Rien à signaler	1 _____
<b>B</b> Brûlure	<b>FXP</b> Fracture avec enfoncement	<b>T</b> Tatouage	2 _____
<b>BP</b> Blessure profonde	<b>L</b> Lacération	<b>TA</b> Trace d'aiguille non médicale	3 _____
<b>CE</b> Contusion / Ecchymose	<b>M</b> Masse	<b>TP</b> Trace de ponction	4 _____
<b>CI</b> Cicatrice / Incision	<b>P</b> Plaie		5 _____
<b>EC</b> Éruption cutanée	<b>PE</b> Perçage corporel		
<b>FX</b> Fracture			

**Commentaires :** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Examen effectué par :** \_\_\_\_\_ **Titre :** \_\_\_\_\_  
Signature du médecin

**Centre hospitalier :** \_\_\_\_\_ **Date :** \_\_\_\_\_  
AAAA-MM-JJ

**Veillez remettre ce formulaire dûment complété au coordonnateur-conseiller clinique responsable du cas.**

**Conformité du présent formulaire vérifié par :** \_\_\_\_\_  
Signature du coordonnateur-conseiller clinique