

Examen physique effectué par : _____
Nom du médecin / résident en lettres moulées

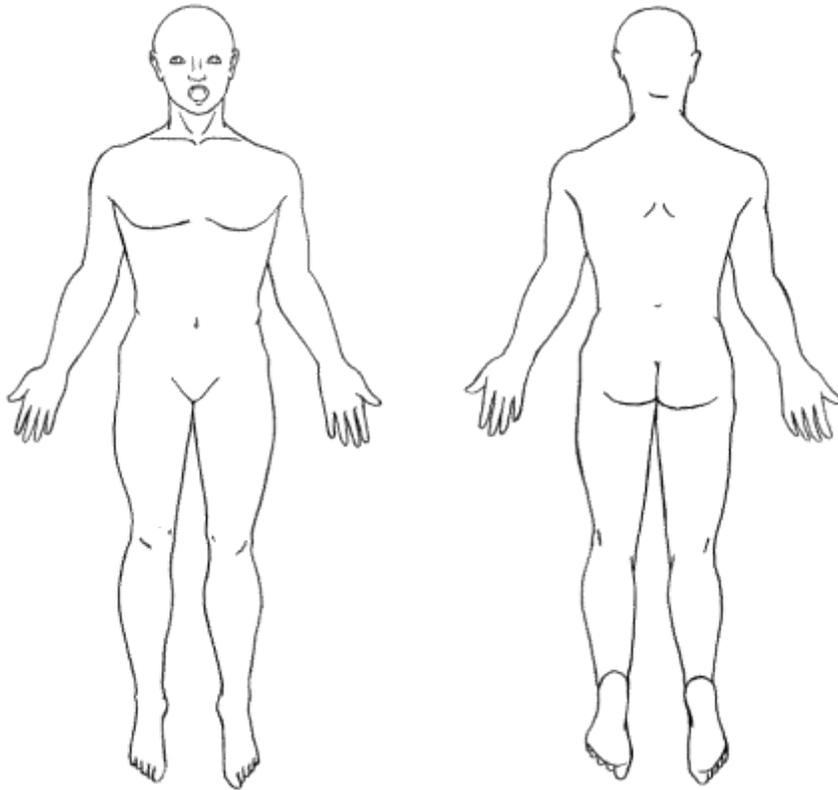
Numéro d'identification unique

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 à des fins non médicales 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 disséminées (ganglions lymphatiques enflés) 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. Candidose buccale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. 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"/>	
11. Chez les donneurs masculins : évidence clinique de relations sexuelles anales, y compris un condylome périanal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12. Preuve physique de septicémie (telle qu'une éruption cutanée généralisée)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13. Présence de traces compatibles avec une immunisation récente contre la variole (grandes gales, eczéma vaccinal, éruption cutanée vésiculeuse généralisée (vaccine généralisée), lésion nécrosée importante qui confirme une vaccine nécrotique)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14. Anomalie oculaire identifiée (ex. : ictère, plaie, tumeur, infection de la cornée, cicatrisation cornéenne qui confirme une kératite vaccinale)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

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

Veillez compléter le schéma ci-dessous à l'aide de la légende, au besoin.



Légende :

- A** Abrasion
- B** Brûlure
- BP** Blessure profonde
- CE** Contusion / Ecchymose
- CI** Cicatrice / Incision
- EC** Éruption cutanée
- FX** Fracture
- FXO** Fracture ouverte
- FXP** Fracture avec enfoncement
- L** Lacération
- M** Masse
- P** Plaie
- PE** Perçage corporel
- T** Tatouage
- TA** Trace d'aiguille non médicale
- TP** Trace de ponction

- 1** _____
- 2** _____
- 3** _____
- 4** _____
- 5** _____

Commentaires : _____

Examen effectué par : _____ <small style="text-align: center;">Signature du médecin / résident</small>	Titre : _____
Centre hospitalier : _____	Date : _____ <small style="text-align: center;">AAAA-MM-JJ</small>

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

Conformité du présent formulaire vérifié par : _____
Signature du coordonnateur-conseiller clinique