



Examen physique effectué par¹ : _____
Nom en lettres moulées

Numéro d'identification unique

Date et heure de l'examen : _____ : _____
AAAA-MM-JJ hh:mm

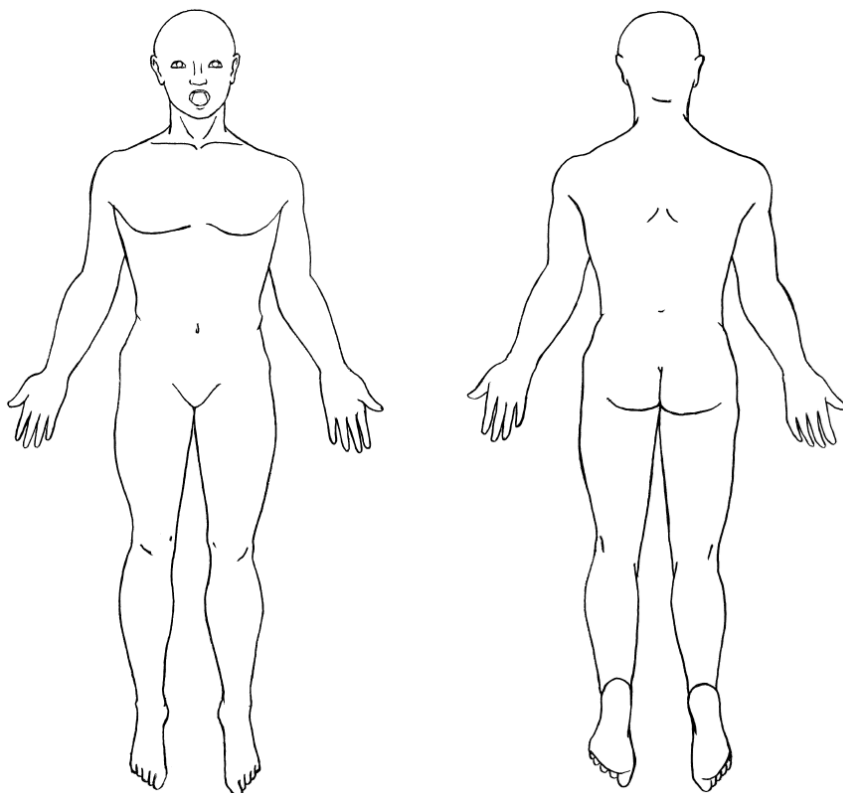
¹ L'examen doit être effectué par du personnel qualifié, soit un médecin, un résident ou une infirmière praticienne spécialisée (IPS).

ÉVALUATION	OUI	NON	Si réponse affirmative ou vérification impossible, veuillez apporter les explications nécessaires
1. Évidence de tatouage, de perçage des oreilles ou de perçage corporel	☐	☐	
2. 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)	☐	☐	
3. Lésion, infection ou traumatisme au niveau du site éventuel de prélèvement.	☐	☐	
4. Présence de taches ou de lésions cutanées (bleues, mauves, grises ou noires) compatibles avec un sarcome de Kaposi ou autre néoplasie	☐	☐	
5. Jaunisse, hépatomégalie ou ictère inexpliqué	☐	☐	
6. Lymphadénopathies disséminées (ganglions lymphatiques enflés) ou des lésions cutanéomuqueuses inexpliquées	☐	☐	
7. Masses suspectes de néoplasie (abdominales, mammaires ou une autre localisation)	☐	☐	
8. Candidose buccale	☐	☐	
9. Évidence clinique de maladies transmises sexuellement telles que des ulcérations génitales, l'herpès simplex, la syphilis et le chancre mou (lésions génitales)	☐	☐	
10. Évidence clinique de relations sexuelles anales, y compris un condylome périanal	☐	☐	
11. Preuve physique de septicémie (telle qu'une éruption cutanée généralisée)	☐	☐	
12. 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 vaccin nécrotique)	☐	☐	
13. Anomalie oculaire identifiée (ex. : ictère, plaie, tumeur, infection de la cornée, cicatrisation cornéenne qui confirme une kératite vaccinale)	☐	☐	

Compléter le VERSO du formulaire, puis s'assurer de le signer et de le dater.

Numéro d'identification unique

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 : _____ Signature	Titre : _____
Centre hospitalier : _____	Date : _____ AAAA-MM-JJ

Remettre le formulaire dûment complété au coordonnateur-conseiller clinique responsable du cas.

Conformité du formulaire vérifiée par : _____

Signature du coordonnateur-conseiller clinique