

Visitez wsib.ca/fr/soumettre pour soumettre le présent formulaire et les documents à l'appui.

Madame,
Monsieur,

Nous vous remercions d'avoir récemment soumis le formulaire 7. Nous avons besoin de plus amples renseignements pour traiter cette demande. Veuillez nous fournir les renseignements suivants :

Nom du travailleur	Nom de l'employeur	Date de l'accident (jj/mmm/aaaa)
--------------------	--------------------	----------------------------------

A. Renseignements sur l'exposition

Type de lésion : (Cochez toutes les réponses pertinentes.)		Siège de la lésion : (Cochez toutes les réponses pertinentes.)			
Piqûre avec une aiguille	Oui Non	Doigt	Main	Bras	
Éclaboussure	Oui Non	Bas de la jambe	Haut de la jambe	Percutanée	
Autres	Oui Non	Membrane muqueuse	Peau		
Description		La peau était-elle intacte avant la perforation?		Oui	Non
Agent causal de la lésion : (Cochez toutes les réponses pertinentes.)					
Infectieux :	Sang	Liquide avec traces de sang visibles			
Potentiellement infectieux :	Sperme	Liquide synovial	Liquide céphalo-rachidien		
	Sécrétions vaginales	Liquide péricardique			
Volume du liquide injecté : (Cochez toutes les réponses pertinentes.)		Instrument pointu utilisé : (Cochez toutes les réponses pertinentes.)			
Instrument creux	Instrument pointu solide	Artère	Veine		
Aiguille à injection	Instrument d'aspiration	Tissu sous-cutané	Voie intramusculaire		

B. Matière de base et risque de transmission

Selon votre enquête, veuillez fournir votre meilleure estimation possible des risques reliés à cette lésion. (Cochez les cases appropriées.)

Risque de VIH	Faible	Moyen	Élevé	Risque d'hépatite B ou C	Faible	Moyen	Élevé
La matière de base contient :							
Virus de l'immunodéficience humaine (VIH)	Virus de l'hépatite C (VHC)	Virus de l'hépatite B (VHB)	Inconnu				

C. Soins médicaux

Cochez toutes les cases appropriées et fournissez des détails si possible :

Services de santé pour les employés	Veuillez fournir la date (jj/mmm/aaaa)							
Date de l'urgence à l'hôpital	Veuillez fournir le nom et l'adresse							
Date (jj/mmm/aaaa)								
Date de la consultation du médecin de famille	Veuillez fournir le nom et l'adresse							
Date (jj/mmm/aaaa)								
Orientation vers un spécialiste des maladies infectieuses?	Oui	Non	Veuillez fournir le nom et l'adresse					
Date (jj/mmm/aaaa)								
Le travailleur a reçu								
Médicament PPE contre le VIH	Oui	Non	Vaccin contre le VHB	Oui	Non	Vaccin contre le tétanos	Oui	Non
Date de la dernière injection de rappel (jj/mmm/aaaa)	Rendez-vous/test de suivi							

Envoyez un courriel à accessibilite@wsib.on.ca si vous avez besoin d'un autre format ou d'adaptations.

D. Prévention

Le travailleur a-t-il reçu ce qui suit? (Cochez toutes les réponses pertinentes.)

Services decounseling	Oui	Non	Si oui, auprès de qui?
Discussion sur les mesures préventives	Oui	Non	Si oui, auprès de qui?
Soutien suivi	Oui	Non	Si oui, auprès de qui?
Le niveau d'anxiété du travailleur est	Faible	Moyen	Élevé

E. Interruption de travail

Le travailleur s'est-il absenté de son travail depuis que le formulaire 7 a été rempli? Oui Non

Si oui :

Du (jj/mmm/aaaa) Au (dd/mmm/yyyy)