

Prophylaxie pré-exposition (PrEP) : détection des risques substantiels et admissibilité

1. Informations relatives à l'établissement			
Nom de l'établissement			
Date de la première visite du client. (jj/mm/aa) __ __ / __ __ / __ __		Personne qui remplit le formulaire	
2. Renseignement sur le client			
Nom du client :	Prénom	Second prénom	Nom de famille
Adresse		N° de téléphone	
Numéro d'identification individuel du client		Numéro de référence (de l'établissement) du client	
3. Données démographiques du client :			
Quel était votre sexe à la naissance ?	<input type="checkbox"/> masculin <input type="checkbox"/> féminin <input type="checkbox"/> autre : _____		
Quel est votre genre actuel ?	<input type="checkbox"/> masculin <input type="checkbox"/> féminin <input type="checkbox"/> transgenre (homme vers femme) : <input type="checkbox"/> transgenre (femme vers homme) <input type="checkbox"/> autre : _____		
Quel est votre âge ?	_____ <i>Inscrire le nombre d'années</i>		
4. Détection des risques élevés d'infection par le VIH			
Les clients courent des risques élevés s'ils appartiennent à l'une des trois catégories ci-dessous :	Propositions de questions pour les professionnels de la santé :		
1) S'ils sont sexuellement actifs et appartiennent à une population à forte prévalence de VIH : Veuillez ÉGALEMENT signaler L'UN OU L'AUTRE OU LA TOTALITÉ des cas ci-dessous s'ils ont eu lieu lors des six derniers mois.	Avez-vous été sexuellement actif/active au cours des six derniers mois ?		
<input type="checkbox"/> Rapports vaginaux ou anaux sans préservatifs avec plus d'un partenaire	Avec combien de personnes avez-vous eu des rapports sexuels vaginaux ou anaux au cours des six derniers mois ? Avez-vous utilisé des préservatifs régulièrement au cours des six derniers mois ?		
<input type="checkbox"/> Rapports sexuels avec un ou plusieurs partenaire(s) courant un risque d'être infecté(s) par le VIH	Au cours des six derniers mois avez-vous eu un partenaire sexuel qui : <ul style="list-style-type: none"> • vit avec le VIH ? • consomme des drogues injectables ? • a des relations sexuelles avec des hommes ? • est une personne transgenre ? • est un travailleur/une travailleuse du sexe ? • a des relations sexuelles sans préservatifs avec plusieurs partenaires ? 		

<input type="checkbox"/> Antécédents d'infections sexuellement transmissibles (IST) (selon auto-évaluation, analyse de laboratoire, traitement syndromique des IST)	Avez-vous eu une/des IST au cours des six derniers mois ?
<input type="checkbox"/> Recours préalable à une prophylaxie post-exposition (PPE)	Avez-vous, au cours des six derniers mois, suivi un traitement de prophylaxie post-exposition (PPE) à la suite d'une éventuelle exposition au VIH ?
2) S'il signale avoir partagé du matériel d'injection au cours des six derniers mois	Avez-vous partagé du matériel d'injection avec d'autres personnes ?
3) S'il signale avoir eu des rapports sexuels avec un/une partenaire SÉROPOSITIF/VE qui n'a pas reçu de traitement efficace contre le VIH au cours des six derniers mois <i>* Suivant un TAR depuis moins de six mois, ou dont l'observance thérapeutique est irrégulière ou inconnue</i>	Votre partenaire est-il séropositif ? Suit-il/elle un TAR ? Quel était le dernier résultat relatif à sa charge virale ?

5. Admissibilité à la PrEP	
Le client est admissible s'il répond à TOUS les critères ci-dessous :	Précisions :
<input type="checkbox"/> VIH négatif	Date du test du client : ___/___/___ (jj/mm/aa) Date à laquelle le client a reçu le résultat du test : ___/___/___ Résultat du test : <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Positif* <i>(*Orientation vers des soins médicaux pour le VIH)</i> Type de test utilisé : <input type="checkbox"/> Détermine <input type="checkbox"/> Unigold <input type="checkbox"/> Elisa <input type="checkbox"/> Autre : _____
<input type="checkbox"/> Court des risques potentiels élevés d'acquisition du VIH	Au moins un des items/risques de l'encadré n° 4 ci-dessus est coché
<input type="checkbox"/> Ne présente pas de signes/symptômes d'infections aiguës par le VIH	Voir encadré n° 6 ci-dessous pour confirmer qu'il n'y a pas eu exposition récente au VIH
<input type="checkbox"/> A une clairance de la créatine (eGFR) >60ml/min	Résultat eGFR : _____ Date : _____
Si tous les critères ci-dessous ont été cochés, proposer une PrEP	

6. Exposition récente au VIH DEMANDER SI « Au cours des trois derniers jours,... »

avez-vous eu des rapports sexuels sans préservatifs avec quelqu'un vivant avec le VIH qui ne suit pas de traitement ?	<input type="checkbox"/> Oui**	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sais pas
---	--------------------------------	------------------------------	--------------------------------------

Avez-vous eu un rhume, une grippe, mal à la gorge, le nez qui coule, de la fièvre ?	<input type="checkbox"/> Oui**	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sais pas
---	--------------------------------	------------------------------	--------------------------------------

**** Même si le client signale UNIQUEMENT avoir eu des rapports sexuels sans préservatifs, envisagez une prophylaxie post-exposition (PPE).**

****Si le client signale avoir eu des rapports sexuels sans préservatifs et des symptômes semblables à la grippe, une infection aiguë par le VIH peut être suspectée.**

- Dans ce cas n'offrez pas la PrEP ou la PPE et réalisez des tests de dépistage du VIH (retestez de nouveau après quatre semaines si les résultats sont négatifs, ou réalisez un test de réaction en chaîne de la polymérase (PCR) pour déterminer si le client a une infection aiguë par le VIH, potentielle ou confirmée).

7. Le client a reçu :

Une offre de PrEP

Une orientation vers une PPE

Une orientation pour la réalisation d'un test ag VIH/PCR ou pour un nouveau test VIH (si une infection aiguë par le VIH est suspectée)

Une orientation vers un traitement contre le VIH