**PROPHYLAXIE PRÉ-EXPOSITION (PrEP) : Rapport d'établissement**

**Dossier PrEP n°**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| A. Informations relatives à l'établissement | | |
| Nom de l'établissement | Secteur | Équipe/médecin du secteur |
| Date de la première visite du client. *(jj/mm/aa)*  \_\_\_\_ /\_\_\_\_ /\_\_\_\_ | | Personne qui remplit le formulaire |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| B. Informations démographiques | | | |
| *Nom du client :* | Prénom | Second prénom | Nom de famille |
| Adresse | | Téléphone | |
| Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ *(jj/mm/aa)* | | Numéro d'identification individuel du client | |
| Date du dernier test de dépistage VIH : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ *(jj/mm/aa)*  Dernier résultat eGFR : \_\_\_\_\_\_\_  Date : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ *(jj/mm/aa)* | | État civil : □ Célibataire □ Marié(e) □ Divorcé(e)  □ Veuf/Veuve □ Séparé(e) □ Refus | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| C. Classification des risques essentiels relatifs à la santé sexuelle et à la consommation de drogues injectables | | | |
| 1. Considérez-vous être : homme, femme, transgenre ou autre ?   □ HOMME  □ FEMME  □ TRANSGENRE (homme vers femme) : MTF  □ TRANSGENRE (femme vers homme) : FTM  □ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_AUTRE  □ REFUSE DE RÉPONDRE | | | 1. **Quel était votre sexe à la naissance ?**   □ HOMME  □ FEMME  □ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_AUTRE  □ REFUSE DE RÉPONDRE |
| 1. Avez-vous des rapports sexuels avec : | □ UNIQUEMENT DES HOMMES □ UNIQUEMENT DES FEMMES  □ HOMMES ET FEMMES  □ REFUSE DE RÉPONDRE | | |
| 1. Les échanges de prestations sexuelles ont-ils été votre source principale de revenu\* au cours des six derniers mois ? | | □ OUI □ NON  □ REFUSE DE RÉPONDRE | *\*Si la personne qui remplit le formulaire reçoit moins de la moitié (50 %) de ses revenus au moyen d'échanges sexuels, cochez NON.* |
| 1. Avez-vous consommé des drogues injectables légales ou illégales au cours des six derniers mois ? | | □ OUI □ NON  □ REFUSE DE RÉPONDRE | |

|  |  |
| --- | --- |
| D. Appartenance à une population clé (*un individu peut appartenir à plusieurs catégories*) |  |
| Si le client répond « homme » à la Q1 et répond « uniquement homme » ou « hommes et femmes » à la Q3, veuillez classifier comme HSH | □ |
| Si le client répond « Transgenre MTF » ou « FTM » à la Q1, veuillez classifier comme transgenre (TG [vérifier avec la Q2]) | □ |
| Si le client répond « oui » à la Q4 (revenu principal provient du travail du sexe), veuillez classifier comme travailleur (travailleuse) du sexe PS | □ |
| Si le client répond « oui » à la Q5 (consommation de drogues injectables), veuillez classifier comme CDI | □ |
| Regroupement final : (*cochez TOUTES les options pertinentes*)  □ Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH)  □ Transgenre (TG)  □ Travailleurs(travailleuses) du sexe (PS)  □ Consommateurs de drogues injectables (CDI)  \* Certains clients dont les comportements à risque se chevauchent peuvent appartenir à plus d'une catégorie |  |

|  |  |
| --- | --- |
| E. Grossesse et allaitement | F. Test de laboratoire de référence : |
| La cliente est-elle enceinte ? □ Oui □Non  La cliente allaite-t-elle ? □ Oui □Non | Créatinine (eGFR) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |
| --- | --- |
| G. Test de dépistage de l'hépatite B, vaccination et traitement | |
| Date du test AgHBs \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ *(jj/mm/aa)* | **Résultats du test :** □ Négatif □ Positif □ Non réalisé |
| Si le résultat est positif le patient suit-il un traitement ?  □ Oui □ Non □ Inconnu | **Si le résultat est négatif, quelles sont les dates de vaccination VHB qui ont été fournies :** *(jj/mm/aa))*  1) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 2) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  3) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| H. Infections sexuellement transmissibles (IST) |
| VDRL/test de dépistage de la syphilis : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ *(jj/mm/aa)*  Résultat : □ Négatif □ Positif □ Non réalisé □Autre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Date du test de dépistage syndromique des IST \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ *(jj/mm/aa)*  Résultat : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Syndromes d'IST *(sélectionnez toutes les réponses pertinentes)*: E=Écoulement urétral/ U=Ulcérations génitales/ V=Écoulement vaginal/ D=Douleurs abdominales/ G= Gonflement du scrotum/ I=Bubons inguinaux/ A= Autre-spécifier  Diagnostic écologique des IST : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Si une IST a été diagnostiquée, date de début du traitement : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ *(jj/mm/* |

|  |  |
| --- | --- |
| I. Début du traitement PrEP | |
| Date du début de la PrEP | \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ (jj/mm/aa) |
| PrEP (ARV) prescrite | □ TDF/FTC □ TDF/3TC □ TDF □ Autre :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Interruption de la PrEP | **Date d'interruption :** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ (jj/mm/aa) |
| **Raisons de l'interruption :** □ Séropositivité □ Ne court plus de risques élevés □ Effets secondaires □ Choix du client □ Autre (Spécifier:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) |
| **Statut VIH au moment de l'interruption**: □ Négatif □ Positif  □ Inconnu |

**Consultations de suivi PrEP**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Date de suivi** *(jj/mm/aa)* | \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ | \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ | \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ | \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ | \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ | \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ | \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ |
| **Test de dépistage du VIH (reprise)** *résultat du test*  *tests utilisés :* | □ Négatif  □ Positif    1er : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Confirmation :  Autre : \_\_\_\_\_\_\_\_ | □ Négatif  □ Positif    1er : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Confirmation : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Autre : \_\_\_\_\_\_\_\_ | □ Négatif  □ Positif    1er : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Confirmation : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Autre : \_\_\_\_\_\_\_\_ | □ Négatif  □ Positif    1er : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Confirmation : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Autre : \_\_\_\_\_\_\_\_ | □ Négatif  □ Positif    1er : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Confirmation : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Autre : \_\_\_\_\_\_\_\_ | □ Négatif  □ Positif    1er : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Confirmation : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Autre : \_\_\_\_\_\_\_\_ | □ Négatif  □ Positif    1er : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Confirmation : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Autre : \_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |
| **Demander au client s'il présente des signes et des symptômes d'infections aiguës par le VIH** | □ Oui  □ Non | □ Oui  □ Non | □ Oui  □ Non | □ Oui  □ Non | □ Oui  □ Non | □ Oui  □ Non | □ Oui  □ Non |
| **Effets secondaires** *(voir codes)* |  |  |  |  |  |  |  |
| **Estimation eGFR** |  |  |  |  |  |  |  |
| **IST nouvellement diagnostiquée** *(O/N)* | □ Oui  □ Non | □ Oui  □ Non | □ Oui  □ Non | □ Oui  □ Non | □ Oui  □ Non | □ Oui  □ Non | □ Oui  □ Non |
| **Observance : nombre de comprimés non pris au cours de la semaine dernière/7 derniers jours** *(cocher)* | □ 2+ comprimés  □ <2 comprimés  □ Ne sait pas | □ 2+ comprimés  □ <2 comprimés  □ Ne sait pas | □ 2+ comprimés  □ <2 comprimés  □ Ne sait pas | □ 2+ comprimés  □ <2 comprimés  □ Ne sait pas | □ 2+ comprimés  □ <2 comprimés  □ Ne sait pas | □ 2+ comprimés  □ <2 comprimés  □ Ne sait pas | □ 2+ comprimés  □ <2 comprimés  □ Ne sait pas |
| **Soutien à l'observance offert** *(cocher)* | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ |
| **Soutien pour la réduction des risques offert** *(cocher)* | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ |
| **Préservatifs distribués** *(cocher)* | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ |
| **Enceintes ou allaitante** *(cocher)* | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ |
| **Renouvellement de l'ordonnance pour la PrEP :**  *type de PrEP (ARV) prescrite (cocher)*  *Quantité de comprimés* | □ TDF/FTC  □ TDF/3TC  □ TDF  # de comprimés : \_\_ | □ TDF/FTC  □ TDF/3TC  □ TDF  # de comprimés : \_\_ | □ TDF/FTC  □ TDF/3TC  □ TDF  # de comprimés : \_\_ | □ TDF/FTC  □ TDF/3TC  □ TDF  # de comprimés : \_\_ | □ TDF/FTC  □ TDF/3TC  □ TDF  # de comprimés : \_\_ | □ TDF/FTC  □ TDF/3TC  □ TDF  # de comprimés : \_\_ | □ TDF/FTC  □ TDF/3TC  □ TDF  # de comprimés : \_\_ |
| **Date de la prochaine consultation** *(jj/mm/aa)* | \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ | \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ | \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ | \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ | \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ | \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ | \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ |
| **Observations :** |  |  |  |  |  |  |  |

**Effets secondaires** : A=Douleur abdominale/E=Éruption cutanée/N=Nausée/V=Vomissements/D=Diarrhée/F=Fatigue/G=Gonflement des ganglions lymphatiques et également R=Fièvre/A=Autre (veuillez spécifier)