

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 : <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Veuf/Veuve <input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/> 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 ? <input type="checkbox"/> HOMME <input type="checkbox"/> FEMME <input type="checkbox"/> TRANSGENRE (homme vers femme) : MTF <input type="checkbox"/> TRANSGENRE (femme vers homme) : FTM <input type="checkbox"/> _____AUTRE <input type="checkbox"/> REFUSE DE RÉPONDRE	2. Quel était votre sexe à la naissance ? <input type="checkbox"/> HOMME <input type="checkbox"/> FEMME <input type="checkbox"/> _____AUTRE <input type="checkbox"/> REFUSE DE RÉPONDRE
3. Avez-vous des rapports sexuels avec :	<input type="checkbox"/> UNIQUEMENT DES HOMMES <input type="checkbox"/> UNIQUEMENT DES FEMMES <input type="checkbox"/> HOMMES ET FEMMES <input type="checkbox"/> REFUSE DE RÉPONDRE
4. Les échanges de prestations sexuelles ont-ils été votre source principale de revenu* au cours des six derniers mois ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> REFUSE DE RÉPONDRE <i>*Si la personne qui remplit le formulaire reçoit moins de la moitié (50 %) de ses revenus au moyen d'échanges sexuels, cochez NON.</i>
5. Avez-vous consommé des drogues injectables légales ou illégales au cours des six derniers mois ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> 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 classer comme HSH	<input type="checkbox"/>
Si le client répond « Transgenre MTF » ou « FTM » à la Q1, veuillez classer comme transgenre (TG [vérifier avec la Q2])	<input type="checkbox"/>
Si le client répond « oui » à la Q4 (revenu principal provient du travail du sexe), veuillez classer comme travailleur (travailleuse) du sexe PS	<input type="checkbox"/>

Si le client répond « oui » à la Q5 (consommation de drogues injectables), veuillez classer comme CDI	<input type="checkbox"/>
Regroupement final : (cochez TOUTES les options pertinentes) <input type="checkbox"/> Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) <input type="checkbox"/> Transgenre (TG) <input type="checkbox"/> Travailleurs(travailleuses) du sexe (PS) <input type="checkbox"/> 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 ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Créatinine (eGFR) _____
La cliente allaite-t-elle ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

G. Test de dépistage de l'hépatite B, vaccination et traitement	
Date du test AgHBs ___/___/___ (jj/mm/aa)	Résultats du test : <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Non réalisé
Si le résultat est positif le patient suit-il un traitement ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> 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 : <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Non réalisé <input type="checkbox"/> 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/aa)	

I. Début du traitement PrEP	
Date du début de la PrEP	___/___/___ (jj/mm/aa)
PrEP (ARV) prescrite	<input type="checkbox"/> TDF/FTC <input type="checkbox"/> TDF/3TC <input type="checkbox"/> TDF <input type="checkbox"/> Autre : _____
Interruption de la PrEP	Date d'interruption : ___/___/___ (jj/mm/aa)
	Raisons de l'interruption : <input type="checkbox"/> Séropositivité <input type="checkbox"/> Ne court plus de risques élevés <input type="checkbox"/> Effets secondaires <input type="checkbox"/> Choix du client <input type="checkbox"/> Autre (Spécifier: _____)
	Statut VIH au moment de l'interruption : <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Inconnu

Consultations de suivi PrEP

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