

SECTION 3 — DONNÉES DE LABORATOIRE

**** Méthode de détection du VIH :** 1- ELISA 4- RIPA 7- Culture virale
 2- Western blot 5- PCR 8- Autre : _____
 3- Immunofluorescence (IFA) 6- Antigène p24 9- Inconnue

Historique de tests de détection du VIH

Méthode **	Date			Résultat	Nom du laboratoire
	Année	Mois	Jour		

Autres données de laboratoire pertinentes disponibles au moment du diagnostic

SECTION 4a — RISQUE(S) LIÉ(S) À LA TRANSMISSION

• Indiquer le(s) comportement(s)/catégorie(s) d'exposition du patient

A- EXPOSITION SEXUELLE

Relations sexuelles avec :

- | | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|--|
| Un ou des hommes | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Ne sais pas/ne s'applique pas |
| Une ou des femmes | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Ne sais pas/ne s'applique pas |
| Un homme bisexuel | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Ne sais pas/ne s'applique pas |
| Un(e) utilisateur(trice) de drogues par injection | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Ne sais pas/ne s'applique pas |
| Une personne : | | | |
| • Transfusée ayant une infection par le VIH confirmée | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Ne sais pas/ne s'applique pas |
| • Hémophile ou ayant un trouble de coagulation | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Ne sais pas/ne s'applique pas |
| • Née dans un pays endémique _____ | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Ne sais pas/ne s'applique pas |
| Préciser le pays | | | |
| • Ayant une infection par le VIH confirmée ou atteinte de sida | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Ne sais pas/ne s'applique pas |
| Travailleur(euse)s du sexe | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Ne sais pas/ne s'applique pas |
| Partenaires inconnus/anonymes | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Ne sais pas/ne s'applique pas |
| Partenaires à risque élevé non précisé | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Ne sais pas/ne s'applique pas |

Pour le patient lui-même :

- | | | | |
|--------------------------------|------------------------------|------------------------------|--|
| Originaire d'un pays endémique | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Ne sais pas/ne s'applique pas |
| Travailleur(euse)s du sexe | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Ne sais pas/ne s'applique pas |

B- EXPOSITION PARENTÉRALE ***

- | | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|--|
| Utilisation de drogues par injection (UDI) | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Ne sais pas/ne s'applique pas |
| Receveur de facteur de coagulation | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Ne sais pas/ne s'applique pas |
| Receveur de transfusion ou produits sanguins | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Ne sais pas/ne s'applique pas |
| Pays de réception du produit sanguin : _____ | | | |

C- AUTRES RISQUE(S) LIÉ(S) À LA TRANSMISSION

- | | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|--|
| Exposition en milieu de travail à du sang ou des liquides biologiques contaminés par le VIH ou à une préparation concentrée de virus | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Ne sais pas/ne s'applique pas |
| Exposition liée à un acte médical ou dentaire | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Ne sais pas/ne s'applique pas |
| Autre exposition (par exemple : tatouage, perçage corporel, insémination artificielle) | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Ne sais pas/ne s'applique pas |
| Préciser : _____ | | | |

SECTION 4b — CAS DE TRANSMISSION MÈRE-ENFANT – RISQUE(S) LIÉ(S) À LA TRANSMISSION DE LA MÈRE

- | | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|--|
| Utilisatrice de drogues par injection | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Ne sais pas/ne s'applique pas |
| Originaire d'un pays endémique _____ | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Ne sais pas/ne s'applique pas |
| Préciser le pays | | | |
| Receveuse de sang ou produits sanguins | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Ne sais pas/ne s'applique pas |
| Receveuse de facteur de coagulation | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Ne sais pas/ne s'applique pas |
| Insémination artificielle | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Ne sais pas/ne s'applique pas |
| Relations avec un ou des partenaires à risque | | | |
| • Utilisateur de drogue par injection (UDI) | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Ne sais pas/ne s'applique pas |
| • Homme bisexuel | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Ne sais pas/ne s'applique pas |
| • Homme transfusé ayant une infection par le VIH confirmée | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Ne sais pas/ne s'applique pas |
| • Homme originaire d'un pays endémique _____ | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Ne sais pas/ne s'applique pas |
| Préciser le pays | | | |
| • Homme ayant une infection par le VIH confirmée ou atteint de sida | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Ne sais pas/ne s'applique pas |
| • Partenaires inconnus/anonymes | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Ne sais pas/ne s'applique pas |
| • Partenaires à risque élevé non précisé | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Ne sais pas/ne s'applique pas |

SECTION 5 — IDENTIFICATION DU MÉDECIN DÉCLARANT

Nom du médecin	N° de permis de pratique	N° de téléphone	Date de la déclaration

SECTION 6 — AUTRES RENSEIGNEMENTS OU OBSERVATIONS CONCERNANT LA TRANSMISSION DU VIH OU AUTRES SUJETS PERTINENTS

*** En vertu de l'article 4 du Règlement ministériel d'application de la Loi sur la santé publique, un médecin est tenu de déclarer par écrit dans les 48 heures au Directeur de santé publique de son territoire un cas de sida qui a reçu ou donné du sang, des produits sanguins, des organes ou des tissus.