

1A – MODÈLE DE FICHE D'APPEL OU DE DEMANDE ADAPTÉ À L'IPPAP-VIH

SECTION 1 – ORIGINE ET GESTION DE LA DEMANDE

1.1 NUMÉRO DE LA FICHE D'APPEL : _____ **DATE DE LA DEMANDE** (aaaa-mm-jj) : ____-____-____

1.2 GESTION INTERNE DE LA DEMANDE (à remplir uniquement par la direction de santé publique ou le service désigné)

Nom du professionnel qui reçoit la demande : _____ Professionnel désigné? Oui Non

Nom du professionnel désigné (si différent de celui qui a reçu la demande) : _____

Noms des autres professionnels : _____

Nom du CISSS, du CIUSSS ou de l'établissement : _____

Direction ou service : Direction de santé publique SIDEPE Autre direction ou service, préciser : _____

Date (aaaa-mm-jj) du transfert de la demande au professionnel désigné : ____-____-____

1.3 ORIGINE DE LA DEMANDE DE SOUTIEN

Médecin Infirmière Intervenant psychosocial Autre professionnel, préciser : _____

Personne atteinte (infection par le VIH)

Nom du demandeur : _____ Tél. : ____-____-____

Nom du médecin traitant (au besoin et si différent du médecin demandeur) : _____ Tél. : ____-____-____

Si le demandeur n'a pas accès au dossier médical de la personne atteinte ou si le demandeur est une personne qui se dit atteinte du VIH, une vérification est nécessaire avant d'intervenir (consentements requis de la personne atteinte)

Infection ou charge virale confirmée Vérification non effectuée, pas d'intervention auprès des partenaires

Commentaires (ex. : éléments ayant permis la confirmation de l'infection chez la personne atteinte, numéro de dossier fourni par le demandeur) :

1.4 NATURE DE LA DEMANDE

Réaliser une intervention préventive auprès des partenaires (volet 3).

Remplir la section 2 de la présente fiche et utiliser le Questionnaire relatif à l'intervention préventive auprès des partenaires d'une personne atteinte d'une infection par le VIH (outil 3) pour poursuivre la collecte d'information et réaliser l'intervention auprès de chaque partenaire à joindre.

Réaliser une intervention préventive auprès de la personne atteinte; préciser la demande :

Soutenir cette personne pour l'intervention préventive auprès de ses partenaires (volet 2).

Réaliser une intervention préventive auprès de cette personne (volet 1).

Ne pas remplir la section 2 de la présente fiche. Utiliser le Questionnaire relatif à l'intervention préventive auprès de la personne atteinte d'une infection par le VIH (outil 2) pour poursuivre la collecte d'information et réaliser l'intervention.

Soutenir le professionnel de la santé ou des services sociaux; préciser la demande :

Pour qu'il soutienne la personne vivant avec le VIH dans sa démarche pour aviser ses partenaires, préciser : _____

Pour qu'il réalise une intervention préventive auprès des partenaires; préciser : _____

Remplir la section 2 de la présente fiche. Utiliser au besoin la section 3.2 pour décrire l'intervention réalisée.

Autre demande, préciser : _____

Ne pas remplir la section 2 de la présente fiche. Utiliser plutôt la section 3.2 du présent formulaire pour décrire l'intervention réalisée.

Commentaires :

SECTION 2 – RENSEIGNEMENTS SUR LES PARTENAIRES À JOINDRE

2.1 PERSONNE QUI VIENT D'APPRENDRE QU'ELLE EST ATTEINTE D'UNE INFECTION PAR LE VIH

Renseignements utiles pour déterminer la période visée

Résultat positif confirmant une infection par le VIH

Date (aaaa-mm-jj) ou moment (aaaa-mm) du prélèvement : ____-____-____ Date et moment inconnus

Dernier test négatif

Date (aaaa-mm-jj) ou moment (aaaa-mm) du prélèvement : ____-____-____ Date et moment inconnus Aucun test antérieur

Début des comportements à risque

Date (aaaa-mm-jj) ou moment (aaaa-mm) : ____-____-____ Date et moment inconnus

Selon le contexte et les renseignements colligés, les partenaires qui ont soit eu des relations sexuelles, soit partagé du matériel de préparation ou de consommation de drogues, par injection ou inhalation, avec la personne atteinte au cours de l'une ou l'autre des trois périodes suivantes seront joints :

- Partenaires exposés jusqu'à trois mois avant la date du dernier test négatif
- Partenaires exposés jusqu'à un an avant le résultat positif confirmant une infection par le VIH
- Partenaires exposés depuis le début des comportements à risque

Si la personne atteinte n'a eu aucun partenaire pendant la période visée, son plus récent partenaire pourrait être avisé.

Renseignements utiles pour planifier l'intervention

ITSS concomitantes (cocher toutes les ITS bactériennes détectées en même temps que le VIH et les virus dont la personne est atteinte)

Chlamydia Gonorrhée Syphilis LGV Herpès génital VHC VHB Aucune ITSS Inconnu

Symptômes de primo-infection

Oui, dates (aaaa-mm-jj) ou moments (aaaa-mm) du début du syndrome : ____-____-____ et de la fin du syndrome : ____-____-____

Non Inconnu

Commentaires (ex. : autre information clinique pertinente, telle que résistance au traitement ou mesure de la charge virale) :

2.2 PERSONNE VIVANT AVEC LE VIH ET BÉNÉFICIAIRE D'UN SUIVI

Renseignements utiles pour déterminer la période visée

Mesure de la charge virale

Oui, résultat et date (aaaa-mm-jj) de la dernière mesure de la charge virale : _____; ____-____-____

Non Inconnu

Date (aaaa-mm-jj) de la dernière mesure d'une charge virale indétectable : ____-____-____ Date inconnue

Présence d'une ITSS susceptible d'augmenter le risque de transmission du VIH

Chlamydia Gonorrhée Syphilis LGV Herpès génital Aucune ITSS Inconnu

Renseignements utiles pour planifier l'intervention

(ex. : résistance au traitement, non-réponse au traitement)

Les partenaires de la période visée suivante devront être joints :
du (aaaa-mm-jj) ____-____-____ au (aaaa-mm-jj) ____-____-____

2.3 LISTE ABRÉGÉE DES PARTENAIRES À JOINDRE PAR LE PROFESSIONNEL DÉSIGNÉ

| N° | Identifiant ou nom du partenaire et région sociosanitaire de résidence | Sexe | Statut sérologique au regard du VIH | Première et dernière expositions | | Type de partenaire | Type d'exposition | Situations à prendre en considération* |
|----|--|---|--|---|---|---|---|--|
| 1 | | <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme Enceinte? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> État inconnu <input type="checkbox"/> Sexe inconnu <input type="checkbox"/> Trans. H-F <input type="checkbox"/> Trans. F-H <input type="checkbox"/> Autre, préciser : _____ | <input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Inconnu | Première exposition : <input type="checkbox"/> ≤ 3 mois <input type="checkbox"/> > 3 mois <input type="checkbox"/> Date inconnue Date (aaaa-mm-jj) : _____ Ou moment (aaaa-mm) : _____ | Dernière exposition : <input type="checkbox"/> ≤ 72 heures <input type="checkbox"/> ≤ 3 mois <input type="checkbox"/> > 3 mois <input type="checkbox"/> Date inconnue Date (aaaa-mm-jj) : _____ Ou moment (aaaa-mm) : _____ | <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Habituel <input type="checkbox"/> Occasionnel <input type="checkbox"/> Aventure <input type="checkbox"/> Anonyme <input type="checkbox"/> Autre, préciser : _____ | <input type="checkbox"/> Relation sexuelle <input type="checkbox"/> Partage de matériel de préparation et d'injection ou d'inhalation de drogues | <input type="checkbox"/> Situations à prendre en considération, numéros : _____ <input type="checkbox"/> Autres, préciser : _____ |
| 2 | | <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme Enceinte? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> État inconnu <input type="checkbox"/> Sexe inconnu <input type="checkbox"/> Trans. H-F <input type="checkbox"/> Trans. F-H <input type="checkbox"/> Autre, préciser : _____ | <input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Inconnu | Première exposition : <input type="checkbox"/> ≤ 3 mois <input type="checkbox"/> > 3 mois <input type="checkbox"/> Date inconnue Date (aaaa-mm-jj) : _____ Ou moment (aaaa-mm) : _____ | Dernière exposition : <input type="checkbox"/> ≤ 72 heures <input type="checkbox"/> ≤ 3 mois <input type="checkbox"/> > 3 mois <input type="checkbox"/> Date inconnue Date (aaaa-mm-jj) : _____ Ou moment (aaaa-mm) : _____ | <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Habituel <input type="checkbox"/> Occasionnel <input type="checkbox"/> Aventure <input type="checkbox"/> Anonyme <input type="checkbox"/> Autre, préciser : _____ | <input type="checkbox"/> Relation sexuelle <input type="checkbox"/> Partage de matériel de préparation et d'injection ou d'inhalation de drogues | <input type="checkbox"/> Situations à prendre en considération, numéros : _____ <input type="checkbox"/> Autres, préciser : _____ |
| 3 | | <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme Enceinte? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> État inconnu <input type="checkbox"/> Sexe inconnu <input type="checkbox"/> Trans. H-F <input type="checkbox"/> Trans. F-H <input type="checkbox"/> Autre, préciser : _____ | <input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Inconnu | Première exposition : <input type="checkbox"/> ≤ 3 mois <input type="checkbox"/> > 3 mois <input type="checkbox"/> Date inconnue Date (aaaa-mm-jj) : _____ Ou moment (aaaa-mm) : _____ | Dernière exposition : <input type="checkbox"/> ≤ 72 heures <input type="checkbox"/> ≤ 3 mois <input type="checkbox"/> > 3 mois <input type="checkbox"/> Date inconnue Date (aaaa-mm-jj) : _____ Ou moment (aaaa-mm) : _____ | <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Habituel <input type="checkbox"/> Occasionnel <input type="checkbox"/> Aventure <input type="checkbox"/> Anonyme <input type="checkbox"/> Autre, préciser : _____ | <input type="checkbox"/> Relation sexuelle <input type="checkbox"/> Partage de matériel de préparation et d'injection ou d'inhalation de drogues | <input type="checkbox"/> Situations à prendre en considération, numéros : _____ <input type="checkbox"/> Autres, préciser : _____ |

*** Situations à prendre en considération**

- | | | |
|--|--|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Partenaire exposé dans les 72 heures précédant l'intervention 2. Partenaire enceinte 3. Partenaire dont l'exposition la plus récente a eu lieu au cours des trois derniers mois 4. Partenaire qui a des comportements à risque | <ol style="list-style-type: none"> 5. Partenaire d'une personne atteinte récemment infectée (primo-infection) 6. Partenaire d'une personne atteinte ayant une charge virale élevée 7. Partenaire d'une personne atteinte d'une infection par le VIH et d'une ITS susceptible d'augmenter le risque de transmission du VIH | <ol style="list-style-type: none"> 8. Partenaire atteint d'une ITS susceptible d'augmenter le risque d'acquisition du VIH 9. Partenaire avec qui la personne atteinte a eu des relations anales ou vaginales non protégées par un condom |
|--|--|--|

| N° | Identifiant ou nom du partenaire et région sociosanitaire de résidence | Sexe | Statut sérologique au regard du VIH | Première et dernière expositions | | Type de partenaire | Type d'exposition | Situations à prendre en considération* |
|----|--|---|--|---|---|---|---|--|
| 4 | | <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme Enceinte? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> État inconnu <input type="checkbox"/> Sexe inconnu <input type="checkbox"/> Trans. H-F <input type="checkbox"/> Trans. F-H <input type="checkbox"/> Autre, préciser : _____ | <input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Inconnu | Première exposition : <input type="checkbox"/> ≤ 3 mois <input type="checkbox"/> > 3 mois <input type="checkbox"/> Date inconnue Date (aaaa-mm-jj) : _____-_____-_____ Ou moment (aaaa-mm) : _____-_____-_____ | Dernière exposition : <input type="checkbox"/> ≤ 72 heures <input type="checkbox"/> ≤ 3 mois <input type="checkbox"/> > 3 mois <input type="checkbox"/> Date inconnue Date (aaaa-mm-jj) : _____-_____-_____ Ou moment (aaaa-mm) : _____-_____-_____ | <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Habituel <input type="checkbox"/> Occasionnel <input type="checkbox"/> Aventure <input type="checkbox"/> Anonyme <input type="checkbox"/> Autre, préciser : _____ | <input type="checkbox"/> Relation sexuelle <input type="checkbox"/> Partage de matériel de préparation et d'injection ou d'inhalation de drogues | <input type="checkbox"/> Situations à prendre en considération, numéros : _____ <input type="checkbox"/> Autres, préciser : _____ |
| 5 | | <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme Enceinte? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> État inconnu <input type="checkbox"/> Sexe inconnu <input type="checkbox"/> Trans. H-F <input type="checkbox"/> Trans. F-H <input type="checkbox"/> Autre, préciser : _____ | <input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Inconnu | Première exposition : <input type="checkbox"/> ≤ 3 mois <input type="checkbox"/> > 3 mois <input type="checkbox"/> Date inconnue Date (aaaa-mm-jj) : _____-_____-_____ Ou moment (aaaa-mm) : _____-_____-_____ | Dernière exposition : <input type="checkbox"/> ≤ 72 heures <input type="checkbox"/> ≤ 3 mois <input type="checkbox"/> > 3 mois <input type="checkbox"/> Date inconnue Date (aaaa-mm-jj) : _____-_____-_____ Ou moment (aaaa-mm) : _____-_____-_____ | <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Habituel <input type="checkbox"/> Occasionnel <input type="checkbox"/> Aventure <input type="checkbox"/> Anonyme <input type="checkbox"/> Autre, préciser : _____ | <input type="checkbox"/> Relation sexuelle <input type="checkbox"/> Partage de matériel de préparation et d'injection ou d'inhalation de drogues | <input type="checkbox"/> Situations à prendre en considération, numéros : _____ <input type="checkbox"/> Autres, préciser : _____ |
| 6 | | <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme Enceinte? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> État inconnu <input type="checkbox"/> Sexe inconnu <input type="checkbox"/> Trans. H-F <input type="checkbox"/> Trans. F-H <input type="checkbox"/> Autre, préciser : _____ | <input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Inconnu | Première exposition : <input type="checkbox"/> ≤ 3 mois <input type="checkbox"/> > 3 mois <input type="checkbox"/> Date inconnue Date (aaaa-mm-jj) : _____-_____-_____ Ou moment (aaaa-mm) : _____-_____-_____ | Dernière exposition : <input type="checkbox"/> ≤ 72 heures <input type="checkbox"/> ≤ 3 mois <input type="checkbox"/> > 3 mois <input type="checkbox"/> Date inconnue Date (aaaa-mm-jj) : _____-_____-_____ Ou moment (aaaa-mm) : _____-_____-_____ | <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Habituel <input type="checkbox"/> Occasionnel <input type="checkbox"/> Aventure <input type="checkbox"/> Anonyme <input type="checkbox"/> Autre, préciser : _____ | <input type="checkbox"/> Relation sexuelle <input type="checkbox"/> Partage de matériel de préparation et d'injection ou d'inhalation de drogues | <input type="checkbox"/> Situations à prendre en considération, numéros : _____ <input type="checkbox"/> Autres, préciser : _____ |

* Situations à prendre en considération

- | | | |
|--|--|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Partenaire exposé dans les 72 heures précédant l'intervention 2. Partenaire enceinte 3. Partenaire dont l'exposition la plus récente a eu lieu au cours des trois derniers mois 4. Partenaire qui a des comportements à risque | <ol style="list-style-type: none"> 5. Partenaire d'une personne atteinte récemment infectée (primo-infection) 6. Partenaire d'une personne atteinte ayant une charge virale élevée 7. Partenaire d'une personne atteinte d'une infection par le VIH et d'une ITS susceptible d'augmenter le risque de transmission du VIH | <ol style="list-style-type: none"> 8. Partenaire atteint d'une ITS susceptible d'augmenter le risque d'acquisition du VIH 9. Partenaire avec qui la personne atteinte a eu des relations anales ou vaginales non protégées par un condom |
|--|--|--|

| N° | Identifiant ou nom du partenaire et région sociosanitaire de résidence | Sexe | Statut sérologique au regard du VIH | Première et dernière expositions | | Type de partenaire | Type d'exposition | Situations à prendre en considération* |
|----|--|---|--|---|---|---|---|--|
| 7 | | <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme Enceinte? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> État inconnu <input type="checkbox"/> Sexe inconnu <input type="checkbox"/> Trans. H-F <input type="checkbox"/> Trans. F-H <input type="checkbox"/> Autre, préciser : _____ | <input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Inconnu | Première exposition : <input type="checkbox"/> ≤ 3 mois <input type="checkbox"/> > 3 mois <input type="checkbox"/> Date inconnue Date (aaaa-mm-jj) : _____-_____-_____ Ou moment (aaaa-mm) : _____-_____-_____ | Dernière exposition : <input type="checkbox"/> ≤ 72 heures <input type="checkbox"/> ≤ 3 mois <input type="checkbox"/> > 3 mois <input type="checkbox"/> Date inconnue Date (aaaa-mm-jj) : _____-_____-_____ Ou moment (aaaa-mm) : _____-_____-_____ | <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Habituel <input type="checkbox"/> Occasionnel <input type="checkbox"/> Aventure <input type="checkbox"/> Anonyme <input type="checkbox"/> Autre, préciser : _____ | <input type="checkbox"/> Relation sexuelle <input type="checkbox"/> Partage de matériel de préparation et d'injection ou d'inhalation de drogues | <input type="checkbox"/> Situations à prendre en considération, numéros : _____ <input type="checkbox"/> Autres, préciser : _____ |
| 8 | | <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme Enceinte? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> État inconnu <input type="checkbox"/> Sexe inconnu <input type="checkbox"/> Trans. H-F <input type="checkbox"/> Trans. F-H <input type="checkbox"/> Autre, préciser : _____ | <input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Inconnu | Première exposition : <input type="checkbox"/> ≤ 3 mois <input type="checkbox"/> > 3 mois <input type="checkbox"/> Date inconnue Date (aaaa-mm-jj) : _____-_____-_____ Ou moment (aaaa-mm) : _____-_____-_____ | Dernière exposition : <input type="checkbox"/> ≤ 72 heures <input type="checkbox"/> ≤ 3 mois <input type="checkbox"/> > 3 mois <input type="checkbox"/> Date inconnue Date (aaaa-mm-jj) : _____-_____-_____ Ou moment (aaaa-mm) : _____-_____-_____ | <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Habituel <input type="checkbox"/> Occasionnel <input type="checkbox"/> Aventure <input type="checkbox"/> Anonyme <input type="checkbox"/> Autre, préciser : _____ | <input type="checkbox"/> Relation sexuelle <input type="checkbox"/> Partage de matériel de préparation et d'injection ou d'inhalation de drogues | <input type="checkbox"/> Situations à prendre en considération, numéros : _____ <input type="checkbox"/> Autres, préciser : _____ |
| 9 | | <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme Enceinte? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> État inconnu <input type="checkbox"/> Sexe inconnu <input type="checkbox"/> Trans. H-F <input type="checkbox"/> Trans. F-H <input type="checkbox"/> Autre, préciser : _____ | <input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Inconnu | Première exposition : <input type="checkbox"/> ≤ 3 mois <input type="checkbox"/> > 3 mois <input type="checkbox"/> Date inconnue Date (aaaa-mm-jj) : _____-_____-_____ Ou moment (aaaa-mm) : _____-_____-_____ | Dernière exposition : <input type="checkbox"/> ≤ 72 heures <input type="checkbox"/> ≤ 3 mois <input type="checkbox"/> > 3 mois <input type="checkbox"/> Date inconnue Date (aaaa-mm-jj) : _____-_____-_____ Ou moment (aaaa-mm) : _____-_____-_____ | <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Habituel <input type="checkbox"/> Occasionnel <input type="checkbox"/> Aventure <input type="checkbox"/> Anonyme <input type="checkbox"/> Autre, préciser : _____ | <input type="checkbox"/> Relation sexuelle <input type="checkbox"/> Partage de matériel de préparation et d'injection ou d'inhalation de drogues | <input type="checkbox"/> Situations à prendre en considération, numéros : _____ <input type="checkbox"/> Autres, préciser : _____ |

* Situations à prendre en considération

- | | | |
|--|--|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Partenaire exposé dans les 72 heures précédant l'intervention 2. Partenaire enceinte 3. Partenaire dont l'exposition la plus récente a eu lieu au cours des trois derniers mois 4. Partenaire qui a des comportements à risque | <ol style="list-style-type: none"> 5. Partenaire d'une personne atteinte récemment infectée (primo-infection) 6. Partenaire d'une personne atteinte ayant une charge virale élevée 7. Partenaire d'une personne atteinte d'une infection par le VIH et d'une ITS susceptible d'augmenter le risque de transmission du VIH | <ol style="list-style-type: none"> 8. Partenaire atteint d'une ITS susceptible d'augmenter le risque d'acquisition du VIH 9. Partenaire avec qui la personne atteinte a eu des relations anales ou vaginales non protégées par un condom |
|--|--|--|

| N° | Identifiant ou nom du partenaire et région sociosanitaire de résidence | Sexe | Statut sérologique au regard du VIH | Première et dernière expositions | | Type de partenaire | Type d'exposition | Situations à prendre en considération* |
|----|--|---|--|---|---|---|---|--|
| 10 | | <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme Enceinte? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> État inconnu <input type="checkbox"/> Sexe inconnu <input type="checkbox"/> Trans. H-F <input type="checkbox"/> Trans. F-H <input type="checkbox"/> Autre, préciser : _____ | <input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Inconnu | Première exposition : <input type="checkbox"/> ≤ 3 mois <input type="checkbox"/> > 3 mois <input type="checkbox"/> Date inconnue Date (aaaa-mm-jj) : _____-_____-_____ Ou moment (aaaa-mm) : _____-_____-_____ | Dernière exposition : <input type="checkbox"/> ≤ 72 heures <input type="checkbox"/> ≤ 3 mois <input type="checkbox"/> > 3 mois <input type="checkbox"/> Date inconnue Date (aaaa-mm-jj) : _____-_____-_____ Ou moment (aaaa-mm) : _____-_____-_____ | <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Habituel <input type="checkbox"/> Occasionnel <input type="checkbox"/> Aventure <input type="checkbox"/> Anonyme <input type="checkbox"/> Autre, préciser : _____ | <input type="checkbox"/> Relation sexuelle <input type="checkbox"/> Partage de matériel de préparation et d'injection ou d'inhalation de drogues | <input type="checkbox"/> Situations à prendre en considération, numéros : _____ <input type="checkbox"/> Autres, préciser : _____ |
| 11 | | <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme Enceinte? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> État inconnu <input type="checkbox"/> Sexe inconnu <input type="checkbox"/> Trans. H-F <input type="checkbox"/> Trans. F-H <input type="checkbox"/> Autre, préciser : _____ | <input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Inconnu | Première exposition : <input type="checkbox"/> ≤ 3 mois <input type="checkbox"/> > 3 mois <input type="checkbox"/> Date inconnue Date (aaaa-mm-jj) : _____-_____-_____ Ou moment (aaaa-mm) : _____-_____-_____ | Dernière exposition : <input type="checkbox"/> ≤ 72 heures <input type="checkbox"/> ≤ 3 mois <input type="checkbox"/> > 3 mois <input type="checkbox"/> Date inconnue Date (aaaa-mm-jj) : _____-_____-_____ Ou moment (aaaa-mm) : _____-_____-_____ | <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Habituel <input type="checkbox"/> Occasionnel <input type="checkbox"/> Aventure <input type="checkbox"/> Anonyme <input type="checkbox"/> Autre, préciser : _____ | <input type="checkbox"/> Relation sexuelle <input type="checkbox"/> Partage de matériel de préparation et d'injection ou d'inhalation de drogues | <input type="checkbox"/> Situations à prendre en considération, numéros : _____ <input type="checkbox"/> Autres, préciser : _____ |
| 12 | | <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme Enceinte? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> État inconnu <input type="checkbox"/> Sexe inconnu <input type="checkbox"/> Trans. H-F <input type="checkbox"/> Trans. F-H <input type="checkbox"/> Autre, préciser : _____ | <input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Inconnu | Première exposition : <input type="checkbox"/> ≤ 3 mois <input type="checkbox"/> > 3 mois <input type="checkbox"/> Date inconnue Date (aaaa-mm-jj) : _____-_____-_____ Ou moment (aaaa-mm) : _____-_____-_____ | Dernière exposition : <input type="checkbox"/> ≤ 72 heures <input type="checkbox"/> ≤ 3 mois <input type="checkbox"/> > 3 mois <input type="checkbox"/> Date inconnue Date (aaaa-mm-jj) : _____-_____-_____ Ou moment (aaaa-mm) : _____-_____-_____ | <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Habituel <input type="checkbox"/> Occasionnel <input type="checkbox"/> Aventure <input type="checkbox"/> Anonyme <input type="checkbox"/> Autre, préciser : _____ | <input type="checkbox"/> Relation sexuelle <input type="checkbox"/> Partage de matériel de préparation et d'injection ou d'inhalation de drogues | <input type="checkbox"/> Situations à prendre en considération, numéros : _____ <input type="checkbox"/> Autres, préciser : _____ |

* Situations à prendre en considération

- | | | |
|--|--|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Partenaire exposé dans les 72 heures précédant l'intervention 2. Partenaire enceinte 3. Partenaire dont l'exposition la plus récente a eu lieu au cours des trois derniers mois 4. Partenaire qui a des comportements à risque | <ol style="list-style-type: none"> 5. Partenaire d'une personne atteinte récemment infectée (primo-infection) 6. Partenaire d'une personne atteinte ayant une charge virale élevée 7. Partenaire d'une personne atteinte d'une infection par le VIH et d'une ITS susceptible d'augmenter le risque de transmission du VIH | <ol style="list-style-type: none"> 8. Partenaire atteint d'une ITS susceptible d'augmenter le risque d'acquisition du VIH 9. Partenaire avec qui la personne atteinte a eu des relations anales ou vaginales non protégées par un condom |
|--|--|--|

SECTION 3 – BILAN DE L'INTERVENTION

3.1 BILAN DE L'INTERVENTION AUPRÈS DES PARTENAIRES

| Partenaires à joindre | Partenaires joints | Partenaires dépistés |
|--|--|--|
| Nombre : _____ | Nombre : _____ | Nombre : _____ |
| Nombre de partenaires à joindre par le professionnel désigné : _____ Numéros de dossier ou numéros séquentiels de la liste abrégée des partenaires à joindre par le professionnel désigné : _____ | Nombre de partenaires joints par le professionnel désigné : _____ Numéros de dossier ou numéros séquentiels de la liste abrégée des partenaires joints par le professionnel désigné : _____ | Nombre de partenaires dépistés, selon l'information recueillie par le professionnel désigné au cours du suivi auprès des partenaires : _____ Numéros de dossier ou numéros séquentiels de la liste abrégée des partenaires dépistés, selon les informations recueillies par le professionnel désigné : _____ Nombre de nouveaux cas détectés : _____ |

Nombre de partenaires n'ayant pu être joints pour l'IPPAP : _____

Raisons pour lesquelles les partenaires n'ont pu être joints :

- Partenaires anonymes, préciser le nombre : _____
- Refus de la personne atteinte, préciser pour combien de partenaires : _____
- Coordonnées insuffisantes, préciser pour combien de partenaires : _____
- Cas perdus pour le suivi, préciser le nombre : _____
- Autres raisons, préciser ces raisons et le nombre pour chacune :

3.2 BILAN DU SOUTIEN OFFERT À UN PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ OU DES SERVICES SOCIAUX

| Description du soutien offert | Date (aaaa-mm-jj) | Commentaires | Initiales |
|-------------------------------|----------------------|--------------|-----------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Date (aaaa-mm-jj) de fermeture du dossier : ____-____-____ Signature : _____

ABRÉVIATIONS UTILISÉES DANS LE QUESTIONNAIRE

| | |
|--------|---|
| CISSS | Centre intégré de santé et de services sociaux |
| CIUSSS | Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux |
| IPPAP | Intervention préventive auprès de la personne atteinte et auprès de ses partenaires |
| ITS | Infection transmissible sexuellement |
| ITSS | Infection transmissible sexuellement et par le sang |
| LGV | Lymphogranulomatose vénérienne |
| N° | Numéro |
| Trans. | Transsexuel ou transsexuelle |
| SIDEP | Services intégrés de dépistage et de prévention (des ITSS) |
| VHB | Virus de l'hépatite B |
| VHC | Virus de l'hépatite C |
| VIH | Virus de l'immunodéficience humaine |