

2A – QUESTIONNAIRE RELATIF À L'INTERVENTION PRÉVENTIVE AUPRÈS DE LA PERSONNE ATTEINTE D'UNE INFECTION PAR LE VIH

SECTION 1 – IDENTIFICATION ET GESTION

1.1 NUMÉRO DE DOSSIER : _____ **NUMÉRO DE LA FICHE D'APPEL OU DE LA DEMANDE :** _____

Date de la demande (aaaa-mm-jj) : ____-____-____

1.2 GESTION INTERNE DU DOSSIER

Nom du professionnel désigné : _____ Noms des autres professionnels : _____

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

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

Notes pour le suivi du dossier

	Dates (aaaa-mm-jj)	Actions	Initiales
Démarches pour joindre la personne	____-____-____ ____-____-____ ____-____-____	<input type="checkbox"/> Message téléphonique <input type="checkbox"/> Texto <input type="checkbox"/> Lettre <input type="checkbox"/> Courriel <input type="checkbox"/> Autre, préciser : _____ <input type="checkbox"/> Message téléphonique <input type="checkbox"/> Texto <input type="checkbox"/> Lettre <input type="checkbox"/> Courriel <input type="checkbox"/> Autre, préciser : _____ <input type="checkbox"/> Message téléphonique <input type="checkbox"/> Texto <input type="checkbox"/> Lettre <input type="checkbox"/> Courriel <input type="checkbox"/> Autre, préciser : _____	
<input type="checkbox"/> Personne atteinte jointe			
Rendez-vous planifié(s)	____-____-____ ____-____-____ ____-____-____		
Premier entretien	____-____-____		
Dates des entretiens subséquents	____-____-____ ____-____-____		
Suivi de la notification des partenaires par la personne atteinte	Prévu : ____-____-____ Réalisé : ____-____-____		
Intervention non réalisée <input type="checkbox"/> Refus <input type="checkbox"/> Autre, préciser : _____			
<input type="checkbox"/> Cas perdu pour le suivi <input type="checkbox"/> Coordonnées insuffisantes/ inadéquates <input type="checkbox"/> Autre, préciser : _____			
Commentaires :			

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

1.3 IDENTIFICATION DE LA PERSONNE ATTEINTE

Prénom : _____ Nom : _____

Âge : _____ ou Date de naissance (aaaa-mm-jj) : ____-____-____

Sexe : Masculin Féminin Transsexuelle homme-femme Transsexuel femme-homme

Inconnu Autre, préciser : _____

Région sociosanitaire de résidence : ou CISSS/CIUSSS de résidence : _____

Langue parlée : _____ Occupation et lieu de travail : _____

Commentaires : _____

Coordonnées de la personne atteinte

Adresse : _____

Ville : _____ Code postal : _____

Numéros de téléphone : Résidence : ____-____-____ Travail : ____-____-____ Cellulaire : ____-____-____

Autre : ____-____-____

Adresse de courriel : _____

Autre information pertinente : _____

Préférence de la personne atteinte pour être jointe : _____

SECTION 2 – SOUTIEN À L'INTERVENTION AUPRÈS DES PARTENAIRES

2.1 AIDE-MÉMOIRE SUR L'IMPORTANCE D'AVISER LES PARTENAIRES ET SUR LA COLLABORATION À L'INTERVENTION

Sensibiliser la personne atteinte aux avantages qu'elle peut tirer de l'intervention, notamment celui d'être vue comme une personne responsable.

Sensibiliser la personne atteinte à la responsabilité et à la solidarité sociales en évoquant, entre autres :

- le droit des personnes exposées d'avoir accès aux mesures préventives appropriées;
- les moyens de freiner la propagation de l'infection dans la communauté;
- la possibilité, pour ses partenaires, d'être évalués rapidement et de passer un test de dépistage, à laquelle s'ajoute celle d'éviter des problèmes de santé importants.

Présenter à la personne atteinte les différents services pouvant l'appuyer dans sa démarche et les mesures prises pour préserver la confidentialité des renseignements recueillis.

2.2 DÉTERMINER LA PÉRIODE VISÉE ET RECUEILLIR DES RENSEIGNEMENTS QUI PERMETTRONT DE PLANIFIER L'INTERVENTION

2.2.1 Personne qui vient de recevoir un résultat positif au dépistage du VIH ou un diagnostic de 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

Commentaires :

Selon le contexte et les renseignements colligés ci-haut, les partenaires qui ont soit eu des relations sexuelles, soit partagé du matériel de préparation ou de consommation de drogues, par injection ou par inhalation, avec la personne atteinte au cours de l'une 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

Syndrome compatible avec la primo-infection : Oui, préciser dans le tableau ci-après Non Inconnu

Symptômes	Signes	Commentaires
<input type="checkbox"/> Fièvre <input type="checkbox"/> Myalgies <input type="checkbox"/> Maux de gorge <input type="checkbox"/> Céphalées <input type="checkbox"/> Nausées et vomissements <input type="checkbox"/> Diarrhée	<input type="checkbox"/> Adénopathies généralisées <input type="checkbox"/> Éruption cutanée <input type="checkbox"/> Candidose buccale <input type="checkbox"/> Ulcération des muqueuses	

Date (aaaa-mm-jj) ou moment (aaaa-mm) du début du syndrome : ____-____-____

Date (aaaa-mm-jj) ou moment (aaaa-mm) de la fin du syndrome : ____-____-____

Commentaires (ex. : résistance au traitement) :

2.2.2 Personne déjà connue comme étant séropositive

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

Dates (aaaa-mm-jj) des dernières mesures consécutives d'une charge virale de moins de 200 copies par millilitre de sang :

____-____-____ et ____-____-____ Dates inconnues

Traitement antirétroviral

Oui Non Inconnu

Traitement pris comme prescrit

Oui Non Inconnu

Commentaires (ex. : résistance au traitement, non-réponse au traitement, autres mesures de la charge virale pertinentes) :

Présence d'autres ITSS susceptibles d'augmenter le risque de transmission du VIH

Chlamydia Gonorrhée Syphilis LGV Herpès génital Aucune ITSS Inconnu

Renseignements utiles pour planifier l'intervention

(ex. : traitement, présence d'une autre ITSS que celles qui sont mentionnées ci-dessus) :

<p>Les partenaires de la période suivante devront être joints : du (aaaa-mm-jj) ____-____-____ au (aaaa-mm-jj) ____-____-____</p>
--

2.3 LISTE ABRÉGÉE DES PARTENAIRES À JOINDRE

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	Type d'entente	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"/> Déjà avisé <input type="checkbox"/> Sera avisé par la personne atteinte <input type="checkbox"/> Sera avisé par le professionnel désigné <input type="checkbox"/> Sera avisé par une autre personne, préciser : _____	<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"/> Déjà avisé <input type="checkbox"/> Sera avisé par la personne atteinte <input type="checkbox"/> Sera avisé par le professionnel désigné <input type="checkbox"/> Sera avisé par une autre personne, préciser : _____	<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"/> Déjà avisé <input type="checkbox"/> Sera avisé par la personne atteinte <input type="checkbox"/> Sera avisé par le professionnel désigné <input type="checkbox"/> Sera avisé par une autre personne, préciser : _____	<input type="checkbox"/> Situations à prendre en considération, numéros : _____ <input type="checkbox"/> Autres, préciser : _____

*** Situations à prendre en considération**

- | | | |
|---|---|---|
| <p>1. Partenaire exposé dans les 72 heures précédant l'intervention</p> <p>2. Partenaire enceinte</p> <p>3. Partenaire dont l'exposition la plus récente a eu lieu au cours des trois derniers mois</p> <p>4. Partenaire qui a des comportements à risque</p> | <p>5. Partenaire d'une personne atteinte récemment infectée (primo-infection)</p> <p>6. Partenaire d'une personne atteinte ayant une charge virale élevée</p> <p>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</p> | <p>8. Partenaire atteint d'une ITS susceptible d'augmenter le risque d'acquisition du VIH</p> <p>9. Partenaire avec qui la personne atteinte a eu des relations anales ou vaginales non protégées par un condom</p> |
|---|---|---|

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	Type d'entente	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"/> Déjà avisé <input type="checkbox"/> Sera avisé par la personne atteinte <input type="checkbox"/> Sera avisé par le professionnel désigné <input type="checkbox"/> Sera avisé par une autre personne, préciser : _____	<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"/> Déjà avisé <input type="checkbox"/> Sera avisé par la personne atteinte <input type="checkbox"/> Sera avisé par le professionnel désigné <input type="checkbox"/> Sera avisé par une autre personne, préciser : _____	<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"/> Déjà avisé <input type="checkbox"/> Sera avisé par la personne atteinte <input type="checkbox"/> Sera avisé par le professionnel désigné <input type="checkbox"/> Sera avisé par une autre personne, préciser : _____	<input type="checkbox"/> Situations à prendre en considération, numéros : _____ <input type="checkbox"/> Autres, préciser : _____

* Situations à prendre en considération

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

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

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	Type d'entente	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"/> Déjà avisé <input type="checkbox"/> Sera avisé par la personne atteinte <input type="checkbox"/> Sera avisé par le professionnel désigné <input type="checkbox"/> Sera avisé par une autre personne, préciser : _____	<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"/> Déjà avisé <input type="checkbox"/> Sera avisé par la personne atteinte <input type="checkbox"/> Sera avisé par le professionnel désigné <input type="checkbox"/> Sera avisé par une autre personne, préciser : _____	<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"/> Déjà avisé <input type="checkbox"/> Sera avisé par la personne atteinte <input type="checkbox"/> Sera avisé par le professionnel désigné <input type="checkbox"/> Sera avisé par une autre personne, préciser : _____	<input type="checkbox"/> Situations à prendre en considération, numéros : _____ <input type="checkbox"/> Autres, préciser : _____

* Situations à prendre en considération

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

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

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	Type d'entente	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"/> Déjà avisé <input type="checkbox"/> Sera avisé par la personne atteinte <input type="checkbox"/> Sera avisé par le professionnel désigné <input type="checkbox"/> Sera avisé par une autre personne, préciser : _____	<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"/> Déjà avisé <input type="checkbox"/> Sera avisé par la personne atteinte <input type="checkbox"/> Sera avisé par le professionnel désigné <input type="checkbox"/> Sera avisé par une autre personne, préciser : _____	<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"/> Déjà avisé <input type="checkbox"/> Sera avisé par la personne atteinte <input type="checkbox"/> Sera avisé par le professionnel désigné <input type="checkbox"/> Sera avisé par une autre personne, préciser : _____	<input type="checkbox"/> Situations à prendre en considération, numéros : _____ <input type="checkbox"/> Autres, préciser : _____

* Situations à prendre en considération

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

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

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

2.4 BILAN DE L'INTERVENTION AUPRÈS DES PARTENAIRES

Nombre de partenaires devant être joints pour l'IPPAP :

Partenaires à joindre	Partenaires joints	Partenaires dépistés
Nombre à joindre par la personne atteinte : _____ Numéros séquentiels de la liste abrégée des partenaires à joindre par la personne atteinte :	Nombre joints par la personne atteinte : ____ <input type="checkbox"/> avant l'intervention du professionnel désigné : _____ <input type="checkbox"/> après l'intervention du professionnel désigné : _____ Numéros séquentiels de la liste abrégée des partenaires à joindre par la personne atteinte :	Selon les informations fournies par la personne atteinte : _____ Numéros séquentiels de la liste abrégée des partenaires à joindre par la personne atteinte :
Nombre à joindre par le professionnel désigné : _____ Numéros séquentiels de la liste abrégée des partenaires à joindre par le professionnel désigné :	Nombre joints par le professionnel désigné : _____ Numéros séquentiels de la liste abrégée des partenaires à joindre par le professionnel désigné :	Selon les informations fournies par le professionnel désigné : _____ Numéros séquentiels de la liste abrégée des partenaires à joindre par le professionnel désigné :

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 : _____
- Autres raisons, préciser ces raisons et le nombre pour chacune :

SECTION 3 – INTERVENTION AUPRÈS DE LA PERSONNE ATTEINTE

3.1 COUNSELING PRÉVENTIF

- Non effectué, préciser (ex. : non demandé, déjà abordé par le professionnel de la santé ou des services sociaux, aucun besoin identifié à ce sujet au cours de l'entrevue, personne atteinte non réceptive ou non disponible) :

- Effectué, cocher les éléments abordés dans l'aide-mémoire ci-après.

Aide-mémoire sur le counseling préventif

Créer des conditions favorables à la prise en charge clinique, c'est-à-dire :

- Faire s'exprimer la personne atteinte à propos de ses connaissances sur l'infection par le VIH.
- Vérifier la présence de symptômes et la présence d'autres ITSS.
- Faire s'exprimer la personne atteinte à propos de ses connaissances sur le traitement du VIH (nature du traitement, avantages) et lui fournir de l'information de base (voir la fiche clinique « Infection par le VIH », dans le *Guide québécois de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang*). L'équipe traitante pourra compléter cette information au besoin.
- Insister sur l'importance des visites de suivi clinique si la personne est déjà prise en charge.
- Recommander un suivi clinique si la personne n'est pas déjà prise en charge (orientation, accompagnement).

Consolider le counseling préventif effectué en première ligne, c'est-à-dire :

- Faire s'exprimer la personne atteinte à propos de ses connaissances et croyances sur les moyens de prévenir la transmission du VIH et lui fournir de l'information complémentaire au besoin.
- Promouvoir les comportements sécuritaires et soutenir l'adoption de ces comportements :
 - en discutant avec la personne atteinte des risques liés à ses comportements sexuels ou à ses habitudes de vie (ex. : consommation d'alcool et de drogues);
 - en l'aidant à identifier des comportements plus sécuritaires que les siens;
 - en lui rappelant les précautions à prendre pour éviter que d'autres personnes ne soient en contact avec son sang, soit a) de s'abstenir de faire des dons de sang, de sperme, d'organes ou de tissus; b) de ne pas partager d'objets servant à l'hygiène personnelle tels que rasoir, ciseaux, coupe-ongles et brosse à dents; c) de couvrir soigneusement toute coupure ou plaie ouverte et se débarrasser en toute sécurité de tout objet contaminé par du sang;
 - en décelant les obstacles à la prévention et en soutenant la recherche de solutions;
 - en l'orientant vers les services appropriés.
- Lui expliquer que, quand une personne entre en contact avec des liquides biologiques potentiellement infectés par le VIH, une évaluation pour une prophylaxie postexposition (PPE) est recommandée si l'exposition a eu lieu il y a moins de 72 heures.
- Évaluer s'il est indiqué de procéder au dépistage d'autres ITSS (possibilité de co-infection, dépistage périodique).
- Promouvoir l'immunisation contre l'hépatite A, l'hépatite B et les infections par les virus du papillome humain (VPH) ainsi que la mise à jour des autres vaccins, selon les indications du *PIQ*.
- Si la personne atteinte est un professionnel de la santé ou un étudiant en sciences de la santé, l'informer de l'existence du Service d'évaluation des risques de transmission d'infections hématogènes (SERTIH).
- Sensibiliser la personne atteinte aux aspects légaux et aux conséquences possibles de la non-divulgence de son état à ses partenaires sexuels et lui mentionner que des décisions juridiques importantes ont été rendues en ce qui concerne la non-divulgence.
- Vérifier les besoins de la personne atteinte, lui fournir des outils et de l'information sur les ressources pouvant répondre aux besoins qu'elle a exprimés et l'orienter vers les ressources appropriées (ex. : services psychosociaux, services nutritionnels, organismes communautaires, centres de désintoxication, programmes de méthadone, etc.).

3.2 INTERVENTION EFFECTUÉE ET ORIENTATION VERS LES RESSOURCES APPROPRIÉES

Actions recommandées	Orientation vers une ressource	Suivi des actions recommandées
Soutien à la notification par la personne atteinte <input type="checkbox"/> Counseling <input type="checkbox"/> Aucune action nécessaire	Lieu : _____ Nom du professionnel ou de l'intervenant : _____ Profession : _____	<input type="checkbox"/> La personne atteinte a avisé ses partenaires tels que prévu Date : ____-____-____ <input type="checkbox"/> Nouvelle entente <input type="checkbox"/> Suivi non effectué, préciser : _____
Prise en charge clinique <input type="checkbox"/> Orientation vers les services appropriés pour un suivi clinique <input type="checkbox"/> Aucune action nécessaire	Lieu : _____ Nom du professionnel ou de l'intervenant : _____ Profession : _____	<input type="checkbox"/> S'est présentée à son rendez-vous médical <input type="checkbox"/> Recommandation refusée, préciser : _____ <input type="checkbox"/> Suivi non effectué, préciser : _____
Vaccination <input type="checkbox"/> VHB <input type="checkbox"/> VPH <input type="checkbox"/> VHA <input type="checkbox"/> Autre, préciser : _____ <input type="checkbox"/> Aucune action nécessaire	Lieu : _____ Nom du professionnel ou de l'intervenant : _____ Profession : _____	<input type="checkbox"/> Vaccination reçue, date : ____-____-____; nombre de doses : _____ <input type="checkbox"/> Vaccination non reçue, préciser : _____ <input type="checkbox"/> Recommandation refusée, préciser : _____
Counseling, soutien psychosocial <input type="checkbox"/> Counseling ITSS <input type="checkbox"/> Orientation vers les services de soutien psychosocial <input type="checkbox"/> Information sur le programme d'échange de seringues <input type="checkbox"/> Information sur la PPE pour ses partenaires <input type="checkbox"/> Information sur les SERTIH <input type="checkbox"/> Soutien au dévoilement <input type="checkbox"/> Information sur les enjeux juridiques <input type="checkbox"/> Autre, préciser : _____ <input type="checkbox"/> Aucune action nécessaire	Lieu : _____ Nom du professionnel ou de l'intervenant : _____ Profession : _____	<input type="checkbox"/> Counseling ou soutien reçu, date : ____-____-____ <input type="checkbox"/> Counseling ou soutien non reçu, préciser la raison : _____ <input type="checkbox"/> Recommandation refusée par le partenaire, préciser : _____
Remise de documentation <input type="checkbox"/> Carte de notification VIH pour ses partenaires <input type="checkbox"/> Liste de ressources (ex. : milieux cliniques pour l'évaluation et le dépistage, soutien, psychosocial) <input type="checkbox"/> <i>Entre caresses et baisers, une ITSS s'est faufilée... Il faut en parler</i> <input type="checkbox"/> Adresse du site Internet sur les ITSS [http://itss.gouv.qc.ca/] <input type="checkbox"/> Autre, préciser : _____ <input type="checkbox"/> Aucune action nécessaire		<input type="checkbox"/> Documentation refusée, préciser : _____

Commentaires (précisions sur les lacunes de l'intervention prévue – telles que des résultats manquants ou des actions non effectuées –, sur les nouvelles avenues du suivi et, le cas échéant, sur les mesures prises – par exemple, un rendez-vous – pour l'orientation vers les autres services nécessaires) :

ABRÉVIATIONS UTILISÉES DANS LE QUESTIONNAIRE

CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
DRSP	Direction régionale de santé publique
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
PPE	Prophylaxie postexposition
SERTIH	Service d'évaluation des risques de transmission d'infections hématogènes
SIDEP	Services intégrés de dépistage et de prévention (des ITSS)
Trans.	Transsexuel ou transsexuelle
VHA	Virus de l'hépatite A
VHB	Virus de l'hépatite B
VHC	Virus de l'hépatite C
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
VPH	Virus du papillome humain