

Le sida fait l'objet d'une collecte obligatoire de renseignements épidémiologiques à des fins de surveillance continue de l'état de santé de la population en vertu de l'article 14 du Règlement ministériel d'application de la Loi sur la santé publique.

Ce formulaire est disponible sur le site Internet : www.msss.gouv.qc.ca

À transmettre au responsable : Programme de surveillance du sida au Québec
Laboratoire de santé publique du Québec
Institut national de santé publique du Québec
20045, chemin Ste-Marie
Sainte-Anne-de-Bellevue (Québec) H9X 3R5

Date de réception de la déclaration	Année	Mois	Jour	N° provincial PSSQ	

SECTION 1 — DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES					
N° de référence de ce patient :			Date de naissance		
Sexe : <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Inconnu			3 premiers caractères du code postal de résidence au diagnostic du sida :		
Localité de résidence :					
Pays de naissance <input type="checkbox"/> Canada <input type="checkbox"/> Autre (préciser) :			Date d'arrivée au Canada		
Origine ethnoculturelle <input type="checkbox"/> Canadienne <input type="checkbox"/> Américaine <input type="checkbox"/> Afro-américaine <input type="checkbox"/> Hispanique <input type="checkbox"/> Autres : _____ <input type="checkbox"/> Européenne de l'Est <small>Arménien, Russe, Roumain, Polonais, Ukrainien, Hongrois, Tchèque, Slovaque, Balte</small> <input type="checkbox"/> Européenne du Sud <small>Espagnol, Grec, Italien, Portugais, Cyprite, Maltais</small> <input type="checkbox"/> Européenne autre <small>Anglais, Écossais, Irlandais, Français, Allemand, Autrichien, Belge, Hollandais, Suisse, Scandinave, etc.</small> <input type="checkbox"/> Océanienne <small>Australien, Néo-zélandais, Îles du Pacifique (Fidjien, Polynésien)</small> <input type="checkbox"/> Caraïbes <input type="checkbox"/> Haïtienne <input type="checkbox"/> Jamaïcaine <input type="checkbox"/> Autre : _____ <small>Antiguais, Bahamien, Barbadien, Cubain, Grenadin, Guyanais, etc.</small> <input type="checkbox"/> Amérique latine, centrale et du Sud <small>Argentin, Brésilien, Chilien, Colombien, Costaricain, Mexicain, Panamien, Péruvien, Salvadorien, Vénézuélien, etc.</small> <input type="checkbox"/> Asiatique de l'Est et du Sud-Est <small>Chinois, Coréen, Indonésien, Japonais, Malaisien, Cambodgien, Laotien, Thaïlandais, Vietnamien, Philippin, Taiswanais, etc.</small> <input type="checkbox"/> Asiatique du Sud <small>Afghan, Iranien, Bangladaïsi, Bengali, Cingalais, Indien (de l'Inde), Pakistanaïsi, Sri-Lankais, Tamoul, etc.</small> <input type="checkbox"/> Africaine du Nord et Moyen-Orient <small>Algérien, Libanais, Marocain, Jordanien, Syrien, Tunisien, Turc, Israélien, Égyptien, Irakien, etc.</small> <input type="checkbox"/> Africaine sub-saharienne <small>Afrique du Sud, République démocratique du Congo, Bénin, Éthiopie, Rwanda, etc.</small> <input type="checkbox"/> Autochtone <input type="checkbox"/> Premières Nations <input type="checkbox"/> Métis <input type="checkbox"/> Inuit <input type="checkbox"/> Inconnu <input type="checkbox"/> Origine imprécise ou complexe <input type="checkbox"/> Autre : _____ <input type="checkbox"/> Inconnue					
Statut vital <input type="checkbox"/> Vivant		<input type="checkbox"/> Décédé		<input type="checkbox"/> Inconnu	
Dernière date connu(e) vivant(e)		Date du décès		Dernière date connu(e) vivant(e)	
Année Mois Jour		Année Mois Jour		Année Mois Jour	

SECTION 2 — ATTEINTES RÉVÉLATRICES DE SIDA					
* Méthodes de diagnostic : 1- Cytologie 2- Histopathologie 3- Culture 4- Endoscopie 5- Détection sérologique d'anticorps 6- Détection d'antigènes 7- Examen physique; clinique 8- Radiologie 9- Inconnue(s)					
Atteintes	Date du diagnostic	Méthodes de diagnostic *	Atteintes	Date du diagnostic	Méthodes de diagnostic *
Cancer invasif du col utérin	Année Mois		Leucoencéphalopathie multifocale progressive	Année Mois	
Candidose (bronches, trachée ou poumons)			Lymphome non-hodgkinien à cellules B OU lymphome à petites cellules à noyau non encoché (Burkitt ou non) OU lymphome immunoblastique, à grandes cellules, hystiocytaire diffus ou indifférencié diffus		
Candidose oesophagienne			Lymphome cérébral primaire		
Coccidioïdomycose			Tuberculose GÉNÉRALISÉE OU EXTRAPULMONAIRE préciser le(s) site(s) : _____		
Complexe <i>Mycobacterium avium</i> ou maladie à <i>M. kansasii</i> (généralisée ou extrapulmonaire) ou infection à mycobactérie appartenant à d'autres espèces ou à une espèce non identifiée			Tuberculose PULMONAIRE		
Cryptococcose (extrapulmonaire)			Pneumonie à <i>Pneumocystis carinii</i>		
Cryptosporidiose (intestinale, chronique, durée > 1 mois)			Pneumonie bactérienne RÉCIDIVANTE (inscrire les dates d'épisodes)		
Cytomégalovirose (touchant un organe autre que le foie, la rate ou les ganglions)			Sarcome de Kaposi		
Rétinite à cytomégalovirus			Septicémie à salmonelle RÉCIDIVANTE (inscrire les dates d'épisodes)		
Encéphalopathie au VIH (démence)			Syndrome d'émaciation au VIH		
<i>Herpès simplex</i> : ulcère(s) chronique(s) (durée > 1 mois) ou bronchite, pneumonite ou oesophagite			Toxoplasmose cérébrale		
Histoplasmose (généralisée ou extrapulmonaire)					
Isosporiose, intestinale chronique (durée > 1 mois)					
Maladies s'appliquant exclusivement aux enfants âgés de moins de 15 ans					
Atteintes	Date du diagnostic	Méthodes de diagnostic *	Atteintes	Date du diagnostic	Méthodes de diagnostic *
Infections bactériennes multiples ou récidivantes (autre que la pneumonie bactérienne récidivante)	Année Mois		Pneumonie interstitielle lymphoïde OU Hyperplasie lymphoïde pulmonaire	Année Mois	
Autre(s) maladie(s)					

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 _____
Préciser le pays | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Ne sais pas/ne s'applique pas |
| • 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 _____
Préciser le pays | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Ne sais pas/ne s'applique pas |
| 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 _____
Préciser le pays | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Ne sais pas/ne s'applique pas |
| • 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
			Année Mois Jour

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.