

LE KIT DE PROPHYLAXIE POST-EXPOSITION (PEP) DES NATIONS UNIES

FORMULAIRE DE RAPPORT DU PRÉPOSÉ PEP ET DU PATIENT (2 pages)

Instructions : Le patient doit remplir la partie A et retourner le formulaire rempli au dépositaire avant que le kit PEP ne soit remis au patient. En remplissant la partie A de ce formulaire, moi, le patient, confirme que : **(1)** j'ai lu les informations qui m'ont été fournies concernant le kit de prophylaxie post-exposition au VIH (la "Fiche d'Information du Kit PEP VIH") ; **(2)** je comprends que le traitement PEP VIH est volontaire ; **(3)** je demande et consens par la présente à ce que le kit PEP VIH soit remis et administré conformément à ce qui est stipulé dans la Fiche d'Information du Kit PEP VIH ; **(4)** je suivrai le plan de traitement établi dans la Fiche d'Information du Kit PEP VIH ; **(5)** je consens à la collecte et à la divulgation des informations pertinentes, y compris mes informations de santé personnelles, en relation avec le kit PEP, lesquelles seront utilisées exclusivement dans le cadre du Programme PEP VIH et pour fournir les soins médicaux nécessaires ; **(6)** la soumission de ce formulaire constitue mon consentement à la collecte et à la divulgation des informations susmentionnées, qui seront utilisées exclusivement aux fins indiquées ici.

Partie A - À REMPLIR PAR LA PERSONNE QUI DEMANDE LE KIT PEP

L'INFORMATION DU PATIENT	
Nom du patient : (Nom) :	(Post Nom) : Date de naissance (JJ/MM/AA) : / /
Sexe : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Pays / Lieu / Lieu d'affectation :
Organisation :	Personnel <input type="checkbox"/> Personne à charge <input type="checkbox"/> Autres <input type="checkbox"/> (Veuillez Préciser) :
Le patient appartient-il au maintien de la paix ou à une mission politique ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Incertain	
Adresse électronique	: Téléphone :
LES ANTÉCÉDENTS DU PATIENT	
Êtes-vous séropositif ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Incertain
Êtes-vous actuellement enceinte?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Incertain <input type="checkbox"/> Pas applicable
Pour quelle raison demandez-vous ce kit PEP ? (Veuillez cocher toutes les cases pertinentes) N' oubliez pas que toutes les informations relatives aux patients sont confidentielles .	<input type="checkbox"/> Médicaments antirétroviraux contre le VIH <input type="checkbox"/> Test de grossesse <input type="checkbox"/> Pilule du lendemain
Vous pouvez prendre un rendez-vous de suivi avec un médecin traitant ? Remarque : il est très important de prendre un rendez-vous de suivi, car des examens complémentaires peuvent être recommandés	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Un médecin de l'ONU m'a remis ce kit

Partie B - À REMPLIR PAR LE PRÉPOSÉ PEP

Une fois le formulaire rempli, veuillez scanner et envoyer par courriel les deux pages de ce formulaire dos-dhmosh-hiv@un.org

INFORMATIONS DU PRÉPOSÉ PEP	
Date de soumission de ce formulaire à la DHMOSH à dos-dhmosh-hiv@un.org (JJ/MM/AA) : ___/___/___	
Date de délivrance du kit PEP VIH à la personne qui en fait la demande (JJ/MM/AA) : ___/___/___	
Préposé PEP (Nom) :	(Post Nom) :
Téléphone du préposé PEP :	Adresse électronique du préposé PEP :
COORDONNÉES DU MÉDECIN TRAITANT / DU PERSONNEL MEDICAL (si différent du préposé PEP)	
Prénom :	Nom de famille :

Téléphone :

Adresse électronique :

NOTE :

- 1) Il est obligatoire de soumettre ce formulaire pour chaque kit PEP VIH délivré par votre lieu d'affectation.
- 2) Tous les formulaires doivent être soumis **DANS LES 24 HEURES D'UTILISATION DU KIT**.
- 3) Les kits de remplacement ne seront pas distribués à votre lieu d'affectation si les formulaires de rapport des kits utilisés précédemment ne sont pas soumis à la DHMOSH.
- 4) Vous devez informer le patient que son médecin traitant doit également soumettre un formulaire détaillé d'évaluation du médecin à dos-dhmosh-hiv@un.org
- 5) Veuillez informer le patient qu'après avoir soumis ce formulaire à la DHMOSH, il peut obtenir un contact de suivi confidentiel avec un membre du personnel médical de la DHMOSH/des Nations unies concernant le kit PPE VIH délivré.
- 6) Tous les formulaires et autres documents d'orientation PEP sont disponibles ici : <https://hr.un.org/page/hiv-pep-kit-management>

LISTE DE CONTRÔLE DU PRÉPOSÉ PEP

La personne qui demande le PEP a-t-elle pris tout le contenu du kit ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si la personne qui a demandé le kit PEP n'a pas pris tout le contenu, quel contenu a-t-elle pris ? (Veuillez cocher toutes les réponses applicables) <input type="checkbox"/> Médicaments antirétroviraux contre le VIH <input type="checkbox"/> Test de grossesse <input type="checkbox"/> Pilule du lendemain <input type="checkbox"/> Aucun kit n'a été donné
Avez-vous recommandé à la personne qui demande le kit PEP de prendre rendez-vous avec un médecin des Nations unies ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si non, veuillez expliquer : _
Avez-vous informé la personne qui demande le kit PEP qu'elle peut recevoir un appel/mail de suivi de la part du DHMOSH ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si non, veuillez expliquer : _

VEUILLEZ SOUMETTRE LE FORMULAIRE COMPLET (2 PAGES) DANS LES 24 HEURES DE L'ÉMISSION DU KIT PEP, A LA SECTION SANTÉ PUBLIQUE DE LA DHMOSH A : dos-dhmosh-hiv@un.org