

PROPHYLAXIE POST-EXPOSITIONVIH (PEP) FORMULAIRE DE RAPPORT D'ÉVALUATION DU MÉDECIN

Ce formulaire doit être rempli et signé par le médecin assigné ou désigné qui suivra les soins du patient. Idéalement ce formulaire doit être rempli avant l'administration des kits PEP VIH au personnel des Nations Unies qui est exposé au VIH dans les missions et les lieux d'affectation. **Remplissez ce formulaire et renvoyez-le par scan/email à la DHMOSH Santé publique à l'adresse dos-dhmosh-hiv@un.org**

L'INFORMATION DU PATIENT		
Nom du patient : (Nom) :	(Post Nom) :	Date de naissance (JJ/MM/AA) : / /
Le sexe : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Pays / Lieu / Lieu d'affectation :	
Organization/Division/Bureau :		
N° d'index du personnel des Nations unies :	Personnel <input type="checkbox"/> Personne à charge <input type="checkbox"/> Autres <input type="checkbox"/> (Veuillez Préciser) :	
Adresse électronique :	Téléphone :	

DÉTAILS DE L'EXPOSITION	
Quand l'exposition a-t-elle eu lieu ?	Date : _____ Heure : _____
L'exposition s'est-elle produite au cours des 72 dernières heures ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Incertain <input type="checkbox"/> <i>REMARQUE : si plus de 72 heures se sont écoulées depuis l'exposition, les antirétroviraux <u>ne</u> sont <u>pas</u> indiqués.</i>
Quel type d'exposition s'est produit ?	<p>Exposition professionnelle (c'est-à-dire l'exposition qui a eu lieu pendant le travail)</p> <p><input type="checkbox"/> Blessure par piqûre d'aiguille</p> <p><input type="checkbox"/> Morsure humaine entraînant du sang</p> <p><input type="checkbox"/> Autres expositions entraînant un contact de sang à sang, de sperme ou de sécrétions vaginales</p> <p>Si l'exposition s'est produite pendant le travail, le patient qui a été exposé est-il un prestataire de soins de santé ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Incertain <input type="checkbox"/> Veuillez expliquer : _</p> <p>Exposition non professionnelle (l'exposition ne s'est pas produite sur le lieu de travail)</p> <p><input type="checkbox"/> Rapports sexuels non protégés (vaginaux ou anaux)</p> <p><input type="checkbox"/> Utilisation d'aiguilles partagées ou blessure par piqûre d'aiguille</p> <p><input type="checkbox"/> Morsure humaine entraînant du sang</p> <p><input type="checkbox"/> Autres</p> <p>Veuillez expliquer : _</p>

	<p>Agression sexuelle</p> <p><input type="checkbox"/> Exposition potentielle au sperme sanguin de l'agresseur par le biais d'une plaie ouverte ou d'un rapport sexuel</p> <p>Veillez expliquer :_</p>
<p>Le patient connaissait-il la personne source ?</p>	<p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Incertain <input type="checkbox"/></p> <p>Si le patient connaissait la personne à laquelle il a été exposé, veuillez expliquer : _____</p>
<p>Le patient sait-il si la personne source est séropositive ?</p>	<p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Incertain <input type="checkbox"/> Sans objet <input type="checkbox"/></p> <p>Date du dernier test VIH de la personne source (le cas échéant) _____ : <input type="checkbox"/>N/A</p>
<p>Si la personne source est séropositive, le patient sait-il s'il suit actuellement un traitement ?</p>	<p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Incertain <input type="checkbox"/> Sans objet <input type="checkbox"/></p> <p>Traitement actuel (le cas échéant):_ N/A<input type="checkbox"/></p>
<p>La personne source présente-t-elle l'un des facteurs de risque suivants ? [Veillez cocher toutes les réponses applicables]</p>	<p><input type="checkbox"/> Homme qui a des relations sexuelles avec des hommes</p> <p><input type="checkbox"/> Consommateur de drogue par voie intraveineuse actuel/existant</p> <p><input type="checkbox"/> Né ou récemment arrivé d'une région à forte prévalence du VIH</p> <p><input type="checkbox"/> Bénéficiaire de multiples transfusions sanguines ou de produits sanguins avant 1985</p> <p><input type="checkbox"/> Partenaire sexuel de la personne présentant le ou les facteurs de risque ci-dessus</p>
<p>Veillez expliquer ici tout détail ou information supplémentaire sur l'exposition de la personne source : _____</p> <p>_____</p>	

LES ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX DU PATIENT	
<p>Le patient a-t-il des antécédents de VIH ?</p>	<p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Incertain <input type="checkbox"/></p> <p>Date du dernier test VIH : _</p> <p>Résultat : <input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Non complété</p> <p><i>Si le patient n'a pas d'antécédents de VIH, un test VIH de base doit être effectué.</i></p>
<p>Un test de référence sur le VIH a-t-il été effectué ?</p>	<p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Sans objet <input type="checkbox"/></p> <p>Date du test VIH de référence : _</p> <p>Résultat du test VIH de référence : <input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Non complété</p> <p>Si un test de base du VIH n'a pas été effectué, veuillez expliquer pourquoi ici : _____</p>
<p>La patiente est-elle enceinte ?</p>	<p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Incertain <input type="checkbox"/> Sans objet <input type="checkbox"/></p>

	<p>Date du test de grossesse: _ N/A <input type="checkbox"/></p> <p>Résultat du test de grossesse _____: <input type="checkbox"/> N/A</p> <p><i>La PEP n'est pas contre-indiquée pour les femmes enceintes. De plus, comme il a été démontré que la grossesse augmente la susceptibilité à l'acquisition du VIH par voie sexuelle, la PPE peut être particulièrement importante pour les femmes qui sont enceintes au moment de l'exposition sexuelle au VIH.</i></p>
<p>Le patient a-t-il des antécédents des problèmes de santé suivants (veuillez cocher toutes les cases correspondantes) :</p>	<p>Problèmes de foie <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Incertain</p> <p>Problèmes rénaux <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Incertain</p> <p>Problèmes de saignement <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> incertain</p> <p>VIH <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Incertain</p> <p>Hépatite B <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Incertain</p> <p>Hépatite C <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Incertain</p> <p>Si vous avez répondu oui à l'une des questions ci-dessus, veuillez expliquer : _____</p>

LE TRAITEMENT FOURNI AU PATIENT	
<p>La patiente a pris la pilule du lendemain fournie dans le kit</p>	<p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Sans objet</p>
<p>La patiente a reçu l'instruction de prendre des antirétroviraux contre le VIH</p>	<p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Dans l'affirmative, le patient a-t-il reçu les informations suivantes</p> <p><input type="checkbox"/> Éducation sur le Traitement antirétroviral contre le VIH</p> <p><input type="checkbox"/> Éducation sur l'importance du suivi</p> <p><input type="checkbox"/> Éducation sur l'importance de terminer les médicaments</p> <p>Si les antirétroviraux n'étaient pas fournis, quelle en était la raison ? _____</p> <p><i>Si le patient a reçu l'instruction de prendre des antirétroviraux contre le VIH, des tests de base des fonctions hépatiques et rénales doivent être effectués.</i></p>
<p>Si le patient a reçu l'instruction de prendre des antirétroviraux contre le VIH, les tests de laboratoires de référence suivants ont-ils été établis ?</p>	<p>Test des enzymes hépatiques sériques (ASAT, ALAT/SGPT) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Résultat: _</p> <p>urée sanguine <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Résultat: _</p> <p>Créatinine <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Résultat: _ _</p> <p>En cas de réponse négative à l'une des questions ci-dessus, veuillez expliquer : _</p>
<p>Le patient a-t-il été soumis à un dépistage des MST ?</p>	<p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Sans objet</p> <p>Si non, veuillez expliquer : _</p> <p><i>Les patients exposés sexuellement doivent être dépistés pour la chlamydia, la gonorrhée, la syphilis, l'hépatite B et l'hépatite C.</i></p>

	Chlamydia <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Résultat : _____ Gonorrhée <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Résultat : _____ Syphilis <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Résultat : _____ Hépatite B <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Résultat : _____ Hépatite C <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Résultat : _____
Le patient a-t-il été traité pour des blessures liées à l'exposition ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Sans objet Si oui, veuillez expliquer : _ Si oui, ces blessures résultent-elles d'un viol ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Incertain

L'ÉDUCATION ET LE SUIVI DES PATIENTS	
Si le patient a reçu l'instruction de prendre des antirétroviraux, a-t-on passé en revue avec lui les points suivants ?	<input type="checkbox"/> Comment prendre le PEP <input type="checkbox"/> Effets secondaires potentiels des médicaments <input type="checkbox"/> Importance du suivi <input type="checkbox"/> Rapports sexuels protégés / utilisation de préservatifs pendant 3 mois <input type="checkbox"/> Pratique d'injection sûre (le cas échéant) <input type="checkbox"/> Éviter le don de plasma, de sang, de tissu ou de sperme jusqu'à ce que les tests de confirmation soient négatifs <input type="checkbox"/> Non applicable
J'ai informé le patient de revenir pour un suivi des analyses sanguines du VIH :	<input type="checkbox"/> 4-6 semaines (date _____) <input type="checkbox"/> 3 mois (date _____) <input type="checkbox"/> 6 mois (en cas de co-infection avec l'hépatite C ou si le VIH-2 est fortement suspecté) (date _____) <input type="checkbox"/> Non applicable

Nom du médecin :	Signature	Date : (JJ/MM/AA) : / /
Courriel du médecin :	N° de contact	
Nom du département/hôpital :		

Remplissez ce formulaire et renvoyez-le par scan/email à la DHMOSH Santé publique à l'adresse : dos-dhmosh-hiv@un.org