

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 la retourner au préposé PEP avant que le kit PEP ne lui soit remis. Le préposé PEP doit ensuite remplir la partie B et suivre les instructions ci-dessous.

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 - A 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

<p>La personne qui demande le PEP a-t-elle pris tout le contenu du kit ?</p>	<p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>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)</p> <p><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</p>
<p>Avez-vous recommandé à la personne qui demande le kit PEP de prendre rendez-vous avec un médecin des Nations unies ?</p>	<p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Si non, veuillez expliquer : _</p>
<p>Avez-vous informé la personne qui demande le kit PEP qu'elle peut recevoir un appel/mail de suivi de la part du DHMOSH ?</p>	<p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Si non, veuillez expliquer : _</p>

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