**Fiche d’évaluation des risques et d'admissibilité à la PrEP**

|  |  |
| --- | --- |
| **1. Informations sur l'établissement** | |
| Nom de l'établissement | |
| Date de la première visite du client *(jj/mm/aaaa)* \_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ \_\_ \_\_ | Personne qui remplit le document |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **2. Informations sur le client** | | |
| Prénom | Deuxième prénom | Nom : |
| Adresse | N° de téléphone | |
| N° d'identification du client |  | |

|  |  |
| --- | --- |
| **3. Données démographiques du client** | |
| **Quel était votre sexe à la naissance ?** | Masculin  Féminin  Autre *(précisez) :* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Pas de réponse |
| **Quel est votre sexe à présent ?** | Masculin  Féminin   Transgenre *(homme devenu femme)*  Transgenre *(femme devenue homme)*  Autre *(précisez) :* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Pas de réponse |
| **Quel âge avez-vous ?** *(Indiquez le nombre d'années.)* | *\_\_\_\_\_\_\_* |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **4. Détection d'un risque élevé d'infection par le VIH** | | |
| **Le client est exposé à un risque élevé s'il appartient aux catégories** ➊, ➋, **ou** ➌*ciu-dessous* | | **Exemples de questions pour les prestataires** |
| ➊ **Si le client est sexuellement actif, fait partie d'une population à forte prévalence du VIH ET signale avoir vécu l'UNE des situations suivantes au cours des 6 derniers mois** | | Avez-vous été sexuellement actif/ve au cours des 6 derniers mois ? |
| Signale un rapport vaginal ou anal sans préservatif avec plusieurs partenaires | | Au cours des 6 derniers mois, avec combien de personnes avez-vous eu un rapport vaginal ou anal ?  Avez-vous utilisé systématiquement des préservatifs lors de vos rapports sexuels au cours des 6 derniers mois ? |
| A des rapports sexuels avec un partenaire exposé à au moins un risque d’infection par le VIH : | | Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu des rapports sexuels avec :   * une personne vivant avec le VIH ? * un/e consommateur/trice de drogues injectables ? * un homme ayant des rapports sexuels avec des hommes ? * une personne transgenre ? * un/e travailleur/euse du sexe ? * une personne ayant des rapports sexuels sans préservatif avec plusieurs partenaires ? |
| A des antécédents d'infection sexuellement transmissible (IST)  *auto-déclarée, confirmée par des analyses de laboratoire, ayant fait l'objet d'un traitement syndromique des IST* | | Avez-vous eu une IST au cours des 6 derniers mois ? |
| A des antécédents d’utilisation d'une prophylaxie post-exposition (PPE) | | Avez-vous pris une prophylaxie post-exposition (PPE) après une exposition potentielle au VIH au cours des 6 derniers mois ? |
| ➋ **Si le client signale avoir partagé du matériel et/ou équipement d'injection au cours des 6 derniers mois**  Antécédent de partage de matériel ou d'équipement d'injection | | Avez-vous partagé du matériel d'injection avec d'autres personnes  au cours des 6 derniers mois ? |
| ➌ **Si le client signale avoir eu des rapports sexuels au cours des 6 derniers mois avec un partenaire séropositif au VIH dont le traitement n'était pas efficace\*** (Le partenaire est sous TAR depuis moins de 6 mois ou dont l’observance est inconstante ou inconnue.)  Antécédent de rapports sexuels avec un partenaire séropositif au VIH dont le traitement n'était pas efficace | | Votre partenaire est-il/elle séropositif/ve au VIH ?  Est-il/elle sous TAR ?  Quel était le résultat de la dernière charge virale ? |
| **5. Admissibilité à la PrEP** | | |
| **Le client est admissible s'il remplit TOUS les critères ci-dessous :** |  | |
| **Séronégativité au VIH** | **Date de dépistage du client :** *(jj/mm/aaaa) :* \_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ \_\_ \_\_  **Date de remise des résultats du test au client :** *(jj/mm/aaaa) :* \_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ \_\_ \_\_  **Résultat du test :**  Négatif    Positif *(Orientez vers des services de soins liés au VIH.)*     Non concluant *(Effectuez un nouveau test dans 14 jours.)*  **Type de test utilisé :**  Determine  Unigold  ELISA  Autre *(précisez) :* | |
| **Exposition à un risque élevé d'infection par le VIH** | Au moins un critère/risque de la section n° 4 ci-dessus est coché. | |
| **Absence de signes ou symptômes d'infection aiguë par le VIH** | Voir la section n° 6 ci-dessous pour confirmer l'absence d'exposition récente au VIH. | |
| **Clairance de la créatinine (eDFG) > 60 ml/min** | Résultat : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Date du test de la créatinine *(jj/mm/aaaa) :*\_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ \_\_ \_\_ | |
| **Si toutes les cases de la section n° 5 sont cochées, proposez une PrEP.** | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **6. Exposition récente au VIH** | | | |
| *Demandez au client :*  Avez-vous eu des rapports sexuels sans préservatif avec une personne séropositive au VIH ou dont vous ignorez le statut VIH ou avez-vous partagé un équipement d'injection avec une personne séropositive au VIH ou dont vous ignorez le statut VIH au cours des 72 dernières heures ? | **Oui\*** | Non | Je ne sais pas |
| Avez-vous eu les symptômes d'un rhume ou de la grippe, notamment de la fièvre, de la fatigue, des maux de gorge, des céphalées ou des douleurs musculaires au cours des 28 derniers jours ? | **Oui\*\*** | Non | Je ne sais pas |
| **\*** **Si le client signale une exposition potentielle au VIH dans les 72 dernières heures, NE proposez PAS de PrEP. Suivez les procédures de l'établissement afin d'effectuer une autre évaluation ou évaluez le client pour une prophylaxie post-exposition (PPE).**  **\*\*** **Si le client signale des symptômes semblables à ceux d'un état grippal ou d'autres signes d'une infection aiguë par le VIH, NE proposez PAS de PrEP et effectuez une autre évaluation selon les procédures de l'établissement pour diagnostiquer une infection aiguë par le VIH.** | | | |

|  |
| --- |
| **7. Services fournis au client** |
| **PrEP proposée.**   * **PrEP acceptée.** * **PrEP refusée.** (*En cas de refus, voir les* Motifs du refus de la PrEP, *ci-dessous.)*   **Date d'admissibilité** *(jj/mm/aaaa) :*\_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ \_\_ \_\_  **Date du début** *(jj/mm/aaaa) :*\_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ \_\_ \_\_ *Recommandée le commencement de la PrEP*  **Motifs du refus de la PrEP**  *(Cochez toutes les réponses pertinentes.)*  **N'a pas besoin de la PrEP**  **Ne souhaite pas prendre des médicaments quotidiennement**  **A des inquiétudes vis-à-vis des effets indésirables**  **A des inquiétudes vis-à-vis de ce que les autres pourraient penser**  **A des inquiétudes vis-à-vis de la durée du suivi clinique**  **A des inquiétudes vis-à-vis de la sécurité des médicaments**  **A des inquiétudes vis-à-vis de l'efficacité des médicaments**  **Autre** *(précisez) :* |
| **Client référée pour l’évaluation de la PPE** |
| **Client référée pour un test PCR/de détection de l'antigène du VIH ou un nouveau test de dépistage du VIH (en cas de suspicion d'infection aiguë par le VIH)** |