

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 ?	<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : _____ <input type="checkbox"/> Pas de réponse
Quel est votre sexe à présent ?	<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Transgenre (homme devenu femme) <input type="checkbox"/> Transgenre (femme devenue homme) <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : _____ <input type="checkbox"/> 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 1, 2, ou 3 ci-dessous	Exemples de questions pour les prestataires
1 Si le client est sexuellement actif, fait partie d'une population à forte prévalence du VIH <u>ET</u> 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 ?
<input type="checkbox"/> 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 ?
<input type="checkbox"/> 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 : <ul style="list-style-type: none"> • 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 ?
<input type="checkbox"/> A des antécédents d'infection sexuellement transmissible (IST) <i>auto-déclarée, confirmée par des analyses de laboratoire, ayant fait l'objet d'un traitement syndromique des IST</i>	Avez-vous eu une IST au cours des 6 derniers mois ?
<input type="checkbox"/> 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 ?
2 Si le client signale avoir partagé du matériel et/ou équipement d'injection au cours des 6 derniers mois	Avez-vous partagé du matériel d'injection avec d'autres personnes au cours des 6 derniers mois ?
<input type="checkbox"/> 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 ?
3 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.)	Votre partenaire est-il/elle séropositif/ve au VIH ? Est-il/elle sous TAR ? Quel était le résultat de la dernière charge virale ?
<input type="checkbox"/> 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 :	
<input type="checkbox"/> 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 : <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Positif (Orientez vers des services de soins liés au VIH.) <input type="checkbox"/> Non concluant (Effectuez un nouveau test dans 14 jours.) Type de test utilisé : <input type="checkbox"/> Détermine <input type="checkbox"/> Unigold <input type="checkbox"/> ELISA <input type="checkbox"/> Autre (précisez) :
<input type="checkbox"/> Exposition à un risque élevé d'infection par le VIH	Au moins un critère/risque de la section n° 4 ci-dessus est coché.
<input type="checkbox"/> 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.
<input type="checkbox"/> 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

<p><i>Demandez au client :</i></p> <p>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 ?</p>	<input type="checkbox"/> Oui*	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Je ne sais pas
<p>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 ?</p>	<input type="checkbox"/> Oui**	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Je ne sais pas
<p>* 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).</p> <p>** 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.</p>			

7. Services fournis au client

<input type="checkbox"/> PrEP proposée. <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> PrEP acceptée. <input type="checkbox"/> 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) : ____ / ____ / ____ <i>Recommandée le commencement de la PrEP</i>
Motifs du refus de la PrEP <i>(Cochez toutes les réponses pertinentes.)</i> <input type="checkbox"/> N'a pas besoin de la PrEP <input type="checkbox"/> Ne souhaite pas prendre des médicaments quotidiennement <input type="checkbox"/> A des inquiétudes vis-à-vis des effets indésirables <input type="checkbox"/> A des inquiétudes vis-à-vis de ce que les autres pourraient penser <input type="checkbox"/> A des inquiétudes vis-à-vis de la durée du suivi clinique <input type="checkbox"/> A des inquiétudes vis-à-vis de la sécurité des médicaments <input type="checkbox"/> A des inquiétudes vis-à-vis de l'efficacité des médicaments <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : _____
<input type="checkbox"/> Client référée pour l'évaluation de la PPE
<input type="checkbox"/> 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)