**Fiche du client prophylaxie pré-exposition (PrEP)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Date** *(jj/mm/aaaa)*  | **Personne qui remplit le document** |
| **A. Informations sur l'établissement** |
| **Nom de l'établissement** | **District** |  |
| **Date du première visite d'évaluation de l'admissibilité du client à la PrEP :***(jj/mm/aaaa) :* / /  | **N° du client sous PrEP** *(le cas échéant)* |

|  |
| --- |
| **B. Données démographiques du client**  |
| **Prénom :** | **Deuxième prénom :**  | **Nom :** |
| **Adresse :**  | **Téléphone :****Téléphone (autre) :** |
| **Date de naissance** *(jj/mm/aaaa)*\_\_\_\_ /\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_ | **Âge** *(ans) :* |
| **N° d'identification du client :** | **État civil :** ❑ Célibataire ❑ Marié/e ❑ Divorcé/e ❑ Veuf/ve ❑ Séparé/e ❑ Pas de réponse  |

|  |
| --- |
| **C. Classification du risque sexuel et d'injection de drogues** |
| **1. Considérez-vous être : homme, femme, transgenre ou autre ?** ❑ Masculin❑ Féminin ❑ Transgenre, homme devenu femme❑ Transgenre, femme devenue homme❑ Autre *(précisez) :* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_❑ Pas de réponse | **2. Quel était votre sexe à la naissance ?** ❑ Masculin❑ Féminin ❑ Autre *(précisez) :* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ❑ Pas de réponse  |
| **3. Avec qui avez-vous des relations sexuelles ?**  | ❑ Des hommes ❑ Des femmes ❑ Des hommes et des femmes ❑ Pas de réponse |
| **4. Avez-vous eu des rapports sexuels comme principale source de revenu au cours des 6 derniers mois ?**  | ❑ Oui ❑ Non ❑ Pas de réponse |
| **5. Vous êtes-vous injecté des drogues illégales au cours des 6 derniers mois ?** | ❑ Oui ❑ Non ❑ Pas de réponse |
| **6. Êtes-vous incarcéré/e ?** | ❑ Oui ❑ Non ❑ Pas de réponse |

|  |  |
| --- | --- |
| **D. Classification des populations clés (une personne peut appartenir à plusieurs catégories)** |  |
| **Si le client répond « Masculin » à la question 1 et répond « Des hommes » ou « Des hommes et des femmes » à la question 3, classez-le dans la catégorie homme ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH).** | ❑ |
| **Si le client répond « Transgenre, homme vers femme » ou « Transgenre, femme vers homme » à la question 1, classez-le dans la catégorie transgenre (TG) (recoupement avec la question 2)**. | ❑ |
| **Si le client répond « Oui » à la question 4, classez-le dans la catégorie travailleur/euse du sexe (TDS).** | ❑ |
| **Si le client répond « Oui » à la question 5, classez-le dans la catégorie consommateur de drogues injectables (CDI).** | ❑ |
| **Si le client répond « Oui » à la question 6, classez-le dans la catégorie personne incarcérée (PI).** | ❑ |
| **Si le client n'est pas transgenre (TG) et répond « Non » ou « Pas de réponse » aux questions 3 à 7, classez-le comme Aucun.** | ❑ |
| **Homme ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH)** **Transgenre (TG)** **Travailleur/euse du sexe (TDS)** **Consommateur de drogues injectables (CDI)** **Personne incarcérée (PI)** | **Classification finale**:(*Cochez TOUT ce qui s'applique\**)❑ HSH❑ TG❑ TDS❑ CDI❑ PI❑ Autre *(précisez) :\_\_\_\_\_\_\_*❑ Aucun | *\*Certains clients peuvent appartenir à plusieurs catégories en raison du recoupement des comportements à risque.* |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **E. S'IL S'AGIT D'UNE FEMME : grossesse et allaitement** | **F. Tests de laboratoire de référence** |
| **La cliente est-elle enceinte ?** ❑ Oui ❑ Non **La cliente allaite-t-elle ?** ❑ Oui ❑ Non  | Date du dernier test de dépistage du VIH *(jj/mm/aaaa) :*\_\_\_\_ /\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_ Date du dosage de la créatinine *(jj/mm/aaaa) :*\_\_\_\_ /\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_ ❑ Non effectuéClairance de la créatinine (ClCr) calculée : \_\_\_\_\_\_\_ ❑ Non effectuée Date du calcul de la clairance de la créatinine (ClCr) *(jj/mm/aaaa) :* / /  |

|  |
| --- |
| **G. Dépistage, vaccination et traitement de l'hépatite B**  |
| **Date du test de dépistage de l'antigène HBs** *(jj/mm/aaaa) :* / /  | **Résultat du test :** ❑ Négatif ❑ Positif ❑ Non effectué  |
| **Si le résultat est positif, le client est-il sous traitement ?** ❑ Oui ❑ Non ❑ Ne sait pas | **Si le résultat est négatif, indiquez les dates de vaccination contre l'hépatite B** *(le cas échéant) :* *(jj/mm/aaaa)* 1) \_\_\_\_ /\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_ 2) \_\_\_\_ /\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_3) / / ❑ Non effectuée |

|  |
| --- |
| **H. Infections sexuellement transmissibles (IST)**  |
| **Date de dépistage des symptômes d'IST** *(jj/mm/aaaa) :* **\_\_\_\_ /\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_** **Résultat** *(\*voir les codes)****:* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** ❑ Non effectué **\* Codes des symptômes des IST** *(sélectionnez toutes les réponses applicables)*: **EU** = écoulement urétral. **UG** = ulcérations ou lésions génitales. **EV** = écoulement vaginal. **D** = démangeaisons. **DB** = douleurs au bas de l'abdomen *(femmes uniquement).* **GS** = gonflement du scrotum. **B** = bubon inguinal. **DY** = dysurie (douleurs à la miction). **DRS** = douleurs lors des rapports sexuels *(femmes uniquement)*. **A** = Autre *(précisez)***Si prise en charge syndromique des IST, syndrome traité** *(\*\*voir les codes) :* **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** ❑ Non effectué **\*\* Codes des symptômes des IST** *(sélectionnez toutes les réponses applicables) :* **SUG** = syndrome d'ulcération génitale. **SEV** = syndrome d'écoulement vaginal. **DBA** = douleurs au bas de l'abdomen. **SUM** = syndrome d'urétrite masculine. **GS** = gonflement du scrotum. **A** = Autre *(précisez)***Date du début du traitement** **des IST** *(jj/mm/aaaa) :* / / ❑ Pas sous traitement |

|  |
| --- |
| **I.**  **Début du traitementde la PrEP** |
| **Date du début** **de la PrEP**  | **Date du** début *(jj/mm/aaaa) :* / /  |
| **PrEP (ARVs) prescrite**  | ❑ TDF/FTC ❑ TDF/3TC ❑ TDF ❑ Autre *(précisez) :* |
| **Arrêt de la PrEP** | **Date d'arrêt** *(jj/mm/aaaa) :* / /  |
| **Motifs d'arrêt de la PREP :** ❑ Dépisté séropositif au VIH ❑ N'est plus exposé à un risque élevé ❑ Effets indésirables ❑ Préférence du client ❑ Résultat de la créatinine anormal ❑ Autre *(précisez) :* |
| **Statut VIH au moment de l'arrêt**: ❑ Négatif ❑ Positif ❑ Inconnu  |
|  **Reprise de la PrEP** |
| **Date de reprise de la PrEP** | **Date de reprise** *(jj/mm/aaaa) :* / /  |
| **PrEP (ARV) prescrite**  | ❑ TDF/FTC ❑ TDF/3TC ❑ TDF ❑ Autre *(précisez)*:  |
| **Arrêt de la PrEP** | **Date d'arrêt** *(jj/mm/aaaa) :* / /  |
| **Motifs d'arrêt de la PREP :** ❑ Dépisté séropositif au VIH ❑ N'est plus exposé à un risque élevé ❑ Effets indésirables ❑ Préférence du client ❑ Résultat de la créatinine anormal ❑ Autre *(précisez) :* |
| **Statut VIH au moment de l'arrêt**: ❑ Négatif ❑ Positif ❑ Inconnu |

|  |
| --- |
| **J. Transfert sortant, décès et perte de vue lors du suivi** |
| ❑ **Transfert sortant** | **Date du transfert sortant** *(jj/mm/aaaa) :* \_\_\_ /\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ **Nom de l'établissement de destination :** |
| **❑ Décédé**  | **Date du décès** *(jj/mm/aaaa) :* / /  |
| **❑ Perdu de vue lors du suivi**  | **Date de confirmation de la perte de vue** *(jj/mm/aaaa) :* / /  |

**Visites de suivi de la PrEP**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Date de la visite** *(jj/mm/aaaa)***(en commençant par la première visite)**  | \_\_\_ /\_\_\_ /\_\_\_\_\_ | \_\_\_ /\_\_\_ /\_\_\_\_\_ | \_\_\_ /\_\_\_ /\_\_\_\_\_ | \_\_\_ /\_\_\_ /\_\_\_\_\_ | \_\_\_ /\_\_\_ /\_\_\_\_\_ | \_\_\_ /\_\_\_ /\_\_\_\_\_ | \_\_\_ /\_\_\_ /\_\_\_\_\_ |
| **Test de dépistage du VIH** Résultat du test : *Tests utilisés :* | ❑ Négatif ❑ Positif ❑ Non concluant *Premier test :**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Test de confirmation : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* | ❑ Négatif ❑ Positif❑ Non concluant *Premier test :**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Test de confirmation : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* | ❑ Négatif ❑ Positif❑ Non concluant *Premier test :**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Test de confirmation : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* | ❑ Négatif ❑ Positif❑ Non concluant *Premier test :**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Test de confirmation : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* | ❑ Négatif ❑ Positif❑ Non concluant *Premier test :**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Test de confirmation : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* | ❑ Négatif ❑ Positif❑ Non concluant *Premier test :**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Test de confirmation : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* | ❑ Négatif ❑ Positif❑ Non concluant *Premier test :**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Test de confirmation : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* |
| **Signes et symptômes d'une** **infection aiguë par le VIH ?** | ❑ Oui❑ Non | ❑ Oui❑ Non | ❑ Oui❑ Non | ❑ Oui❑ Non | ❑ Oui❑ Non | ❑ Oui❑ Non | ❑ Oui❑ Non |
| **Effets indésirables de la PrEP** (*voir les codes* – *mettez un trait s'il n'y en a aucun)* |  |  |  |  |  |  |  |
| **Calcul de la ClCr** (*référence puis tous les 6 mois)*  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Conseils sur la réduction des risques et produits relatifs fournis ?** (*cochez si oui*) | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ |
| **Prescription de la PrEP** *ARV prescrits (cochez)*  | ❑ TDF/FTC ❑ TDF/3TC❑ TDF❑ Autre *(précisez) :* | ❑ TDF/FTC ❑ TDF/3TC❑ TDF❑ Autre *(précisez) :* | ❑ TDF/FTC ❑ TDF/3TC❑ TDF❑ Autre *(précisez) :*  | ❑ TDF/FTC ❑ TDF/3TC❑ TDF❑ Autre *(précisez) :* | ❑ TDF/FTC ❑ TDF/3TC❑ TDF❑ Autre *(précisez) :*  | ❑ TDF/FTC ❑ TDF/3TC❑ TDF❑ Autre *(précisez) :* | ❑ TDF/FTC ❑ TDF/3TC❑ TDF❑ Autre *(précisez) :*  |
| **Date de la prochaine visite PrEP programmée** *(jj/mm/aaaa)* | \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ | \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ | \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ | \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ | \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ | \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ | \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ |
| **Autres remarques** |  |  |  |  |  |  |  |

**CODES DES EFFETS INDÉSIRABLES**: **DA** = douleurs abdominales. **EC** = éruption cutanée. **Nau** = nausées. **V** = vomissement. **D** = diarrhée. **F** = fatigue. **C** = céphalées. **G** = gonflement des ganglions lymphatiques. **FI** = fièvre. **Autre** (précisez)
 **A** = autre *(précisez)*