**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 effectué  Clairance 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)*