

# Fiche du client prophylaxie pré-exposition (PrEP)

Date (jj/mm/aaaa)	Personne qui remplit le document	
<b>A. Informations sur l'établissement</b>		
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>B. Données démographiques du client</b>		
Prénom :	Deuxième prénom :	Nom :
Adresse :	Téléphone :	
	Téléphone (autre) :	
Date de naissance (jj/mm/aaaa) ____ / ____ / ____	Âge (ans) :	
N° d'identification du client :	État civil : <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié/e <input type="checkbox"/> Divorcé/e <input type="checkbox"/> Veuf/ve <input type="checkbox"/> Séparé/e <input type="checkbox"/> Pas de réponse	
<b>C. Classification du risque sexuel et d'injection de drogues</b>		
<b>1. Considérez-vous être : homme, femme, transgenre ou autre ?</b> <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		<b>2. Quel était votre sexe à la naissance ?</b> <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : _____ <input type="checkbox"/> Pas de réponse
<b>3. Avec qui avez-vous des relations sexuelles ?</b> <input type="checkbox"/> Des hommes <input type="checkbox"/> Des femmes <input type="checkbox"/> Des hommes et des femmes <input type="checkbox"/> Pas de réponse		
<b>4. Avez-vous eu des rapports sexuels comme principale source de revenu au cours des 6 derniers mois ?</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Pas de réponse		
<b>5. Vous êtes-vous injecté des drogues illégales au cours des 6 derniers mois ?</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Pas de réponse		
<b>6. Êtes-vous incarcéré/e ?</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Pas de réponse		
<b>D. Classification des populations clés (une personne peut appartenir à plusieurs catégories)</b>		
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). <input type="checkbox"/>		
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). <input type="checkbox"/>		
Si le client répond « Oui » à la question 4, classez-le dans la catégorie travailleur/euse du sexe (TDS). <input type="checkbox"/>		
Si le client répond « Oui » à la question 5, classez-le dans la catégorie consommateur de drogues injectables (CDI). <input type="checkbox"/>		
Si le client répond « Oui » à la question 6, classez-le dans la catégorie personne incarcérée (PI). <input type="checkbox"/>		
Si le client n'est pas transgenre (TG) et répond « Non » ou « Pas de réponse » aux questions 3 à 7, classez-le comme Aucun. <input type="checkbox"/>		
<b>Classification finale :</b> (Cochez TOUT ce qui s'applique*)		
Homme ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH)	<input type="checkbox"/> HSH	*Certains clients peuvent appartenir à plusieurs catégories en raison du recoupement des comportements à risque.
Transgenre (TG)	<input type="checkbox"/> TG	
Travailleur/euse du sexe (TDS)	<input type="checkbox"/> TDS	
Consommateur de drogues injectables (CDI)	<input type="checkbox"/> CDI	
	<input type="checkbox"/> PI	
Personne incarcérée (PI)	<input type="checkbox"/> Autre (précisez) : _____ <input type="checkbox"/> Aucun	
<b>E. S'IL S'AGIT D'UNE FEMME : grossesse et allaitement</b>	<b>F. Tests de laboratoire de référence</b>	

<b>La cliente est-elle enceinte ?</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <b>La cliente allaite-t-elle ?</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Date du dernier test de dépistage du VIH (jj/mm/aaaa) : ____ / ____ / ____
	Date du dosage de la créatinine (jj/mm/aaaa) : ____ / ____ / ____ <input type="checkbox"/> Non effectué
	Clairance de la créatinine (ClCr) calculée : _____ <input type="checkbox"/> 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 : <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Non effectué
Si le résultat est positif, le client est-il sous traitement ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> 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) ____ / ____ / ____ <input type="checkbox"/> Non effectuée

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

I. Début du traitement de la PrEP	
Date du début de la PrEP	Date du début (jj/mm/aaaa) : ____ / ____ / ____
PrEP (ARVs) prescrite	<input type="checkbox"/> TDF/FTC <input type="checkbox"/> TDF/3TC <input type="checkbox"/> TDF <input type="checkbox"/> Autre (précisez) :
Arrêt de la PrEP	Date d'arrêt (jj/mm/aaaa) : ____ / ____ / ____
	Motifs d'arrêt de la PrEP : <input type="checkbox"/> Dépisté séropositif au VIH <input type="checkbox"/> N'est plus exposé à un risque élevé <input type="checkbox"/> Effets indésirables <input type="checkbox"/> Préférence du client <input type="checkbox"/> Résultat de la créatinine anormal <input type="checkbox"/> Autre (précisez) :
	Statut VIH au moment de l'arrêt : <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Inconnu
Reprise de la PrEP	
Date de reprise de la PrEP	Date de reprise (jj/mm/aaaa) : ____ / ____ / ____
PrEP (ARV) prescrite	<input type="checkbox"/> TDF/FTC <input type="checkbox"/> TDF/3TC <input type="checkbox"/> TDF <input type="checkbox"/> Autre (précisez) :
Arrêt de la PrEP	Date d'arrêt (jj/mm/aaaa) : ____ / ____ / ____
	Motifs d'arrêt de la PrEP : <input type="checkbox"/> Dépisté séropositif au VIH <input type="checkbox"/> N'est plus exposé à un risque élevé <input type="checkbox"/> Effets indésirables <input type="checkbox"/> Préférence du client <input type="checkbox"/> Résultat de la créatinine anormal <input type="checkbox"/> Autre (précisez) :
	Statut VIH au moment de l'arrêt : <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Inconnu

J. Transfert sortant, décès et perte de vue lors du suivi	
<input type="checkbox"/> Transfert sortant	Date du transfert sortant (jj/mm/aaaa) : ____ / ____ / ____ Nom de l'établissement de destination :
<input type="checkbox"/> Décédé	Date du décès (jj/mm/aaaa) : ____ / ____ / ____
<input type="checkbox"/> Perdu de vue lors du suivi	Date de confirmation de la perte de vue (jj/mm/aaaa) : ____ / ____ / ____