

## Dépistage de l'hépatite C et du VIH

Nom : .....

DN : ..... Sexe M / F

Référent : .....

Médecin (psychiatre) : .....

Médecin (interniste, généraliste) : .....

Date de l'entretien : .....

**Motivation du dépistage :**                      *Souligner ou entourer la ou les réponse(s)*

- Symptômes cliniques relevés par le patient les six derniers mois : oui / non
  - si oui : fatigue, dépression, douleurs musculaires, abdominales, baisse libido, sécheresse peau, bouche, yeux.
  - Autres :
- Volonté de connaître son statut : oui / non
- Autre motif : (p. ex : peur d'être infecté)
- Vit ou a des contacts fréquents avec une personne infectée : oui / non
  - Si oui :
    - qui : enfant, parent, partenaire
    - approfondir l'ensemble des questions « Exposition »
- Exposition :

<i>Souligner ou entourer la ou les réponse(s)</i>	Oui	Date(s) ou durée et fréquence	Non	Ne sait pas	Refus rép.
Injection	○ Par un tiers (qui ? .....)				
Partage de matériel de consommation :	○ Garrot ○ Seringue, aiguille ○ Cuillères ○ Coton ○ Filtre ○ Paille ○ Pipe ○ Autre : .....				

<i>Souligner ou entourer les réponse(s)</i>	Oui	Date(s) ou durée et fréquence	Non	Ne sait pas	Refus rép.
Rapport sexuel sans préservatif avec une personne infectée par VHC ou statut inconnu	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Buco-anal</li> <li><input type="radio"/> Buco-génital</li> <li><input type="radio"/> Pénétration anale</li> <li><input type="radio"/> Pendant règles</li> <li><input type="radio"/> Partenaire avec MST</li> <li><input type="radio"/> Patient avec MST</li> </ul>				
Exposition accidentelle avec sang infecté ou statut inconnu	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Blessure</li> <li><input type="radio"/> Piqûre</li> <li><input type="radio"/> Morsure</li> <li><input type="radio"/> Autre :</li> </ul>				
Transfusion	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Avant 1990</li> </ul>				
Piercing	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Commerce/shop</li> <li><input type="radio"/> Prison</li> <li><input type="radio"/> Autre lieu :</li> </ul>				
Tatouage	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Commerce/shop</li> <li><input type="radio"/> Prison</li> <li><input type="radio"/> Autre lieu :</li> </ul>				
Partage matériel de toilette avec pers. infectée ou statut inconnu	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Brosse à dents</li> <li><input type="radio"/> Rasoir</li> <li><input type="radio"/> Coupe-ongles</li> <li><input type="radio"/> Boucle d'oreille, piercing</li> <li><input type="radio"/> Autre</li> </ul>				
Séjour antérieur en prison	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Consommation iv <ul style="list-style-type: none"> <li>• Matériel :</li> </ul> </li> <li><input type="radio"/> Pas de conso iv</li> </ul>				
Autre					

## Comportements protecteurs

Comportements protecteurs durant la dernière année de consommation. La dernière colonne permet d'indiquer la fréquence en amont : jamais, rarement, parfois, souvent, toujours	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours	Restant de la vie
Lavage des mains avant consommation						
Après						
Consomme seul						
Usage de matériel stérile						
Absence de partage de matériel de consommation						
Absence de partage de matériel de toilette						
Usage de préservatifs lors des rapports sexuels						

## Dépistages antérieurs Hépatite C (Souligner ou entourer la ou les réponse(s))

Oui	Non	Ne sait pas	Refus rép.
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Lieu du dépistage :</li> <li>○ Date :</li> <li>○ Résultat : Positif / négatif / inconnu</li> <li>Virémie : pos / nég <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Si virémie positive : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Complément : génotype, autre :</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>			

### Décision VHC

- Résultat antérieur négatif : dépistage indiqué si volonté ou prise de risque
- Résultat antérieur positif certain ou documenté : dépistage non indiqué

## Dépistages antérieurs VIH (Souligner ou entourer la ou les réponse(s))

Oui	Non	Ne sait pas	Refus rép.
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Lieu du dépistage :</li> <li>○ Date :</li> <li>○ Résultat : Positif / négatif / inconnu</li> <li>Complément d'informations :</li> </ul>			

### Décision VIH

- Résultat antérieur négatif : dépistage indiqué si volonté ou prise de risque
- Résultat antérieur positif certain ou documenté : dépistage non indiqué

Accepte dépistage VHC	Oui	Non	Préciser motif du refus ou du report de dépistage : .....
Accepte dépistage VIH	Oui	Non	Préciser motif du refus ou du report de dépistage : .....

	Date
Rendez-vous pour prise de sang	
Prise de sang effectuée le	
Entretien remise des résultats	

### Vaccinations antérieures

*Souligner ou entourer la ou les réponse(s)*

Hépatite A		
Oui	Non ou Ne sait pas ou Refus rép.	
Nombre d'injections	Effectuer sérologie avant vaccination	
Date :	Résultat :	
Décision : Compléter ou rappel	Décision :	
	Pas de vaccination nécessaire	Immunisation complète

Hépatite B		
Oui	Non ou Ne sait pas ou Refus rép.	
Nombre d'injections	Effectuer sérologie avant vaccination	
Date :	Résultat :	
Décision : Compléter ou rappel	Décision :	
	Pas de vaccination nécessaire	Immunisation complète