|  |
| --- |
| **A.** **Identification de la personne source1** |
| **La recherche de facteurs de risque peut se faire par entrevue et par consultation du dossier médical par une autre personne que la personne exposée après avoir fait le counseling approprié.** |
| **Nom :** |  |  | **Prénom :** |  | **Sexe : [ ]  masculin** |
| **DDN :** | **/      /** |  |  | **Téléphone :** |  |  **[ ]  féminin** |
| **AAAA/MM/JJ** |
| **RAMQ :** |  |  |
| **Adresse :** |  | **Code postal :** |  |  |
| **Téléphone maison :** |  | **Téléphone bureau :** |  | **Téléphone cellulaire :** |  |  |
|  |
| **Si la personne source est connue, mais que le questionnaire n’a pas été rempli, indiquez la raison :** |  |  |
|  |  |
|  |
| **B. Évaluation des facteurs de risque de la personne source** |
| **Il existe une période au cours de laquelle une personne peut être infectée par l’un ou l’autre des virus suivants : virus de l’hépatite B (VHB), virus de l’hépatite C (VHC) ou bien le virus d’immunodéficience humaine (VIH), et ce, sans qu’elle le sache. Pour cette raison, nous vous demandons - sur une base volontaire - de répondre au questionnaire suivant afin que nous puissions bien évaluer les risques pour la personne ayant été exposée à votre sang ou à d’autres liquides biologiques. Les renseignements sont confidentiels et ne seront pas divulgués à la personne exposée.** |
| **1. Depuis 1 an : Combien avez-vous eu de partenaires sexuels? :** |  |  |
|  **Avez-vous eu des relations sexuelles non protégées?** | **[ ]  Oui** | **[ ]  Non** |
|  |
| **2. Quel est le sexe de vos partenaires?** | **[ ]  Homme** | **[ ]  Femme** | **[ ]  Les deux** |
|  |
| 1. **Avez-vous donné ou reçu de l’argent/drogue en échange de relations sexuelles?**
 | **[ ]  Oui** | **[ ]  Non** |
|  |
| **4. Avez-vous déjà utilisé ou utilisez-vous des drogues en partageant du matériel d’injection ou d’inhalation (seringue, cuillère paille nasale, pipe à crack, etc..)?** |
|  | **[ ]  Oui** | Si oui, à quand remonte le dernier partage? |  |  |
|  | **[ ]  Non** | **[ ]  Inconnu** |
|  |
| **5. Avez-vous un ou des tatouages ou des perçages (body piercing) effectués dans des conditions non stériles?** |
|  | **[ ]  Oui** | **[ ]  Non** | **[ ]  Inconnu** |
|  |
| **6. Avez-vous déjà eu des traitements d’hémodialyse?** |
|  | **[ ]  Oui** | Si oui, en quelle année? |  |  |
|  | **[ ]  Non** |  |
|  |
| **7. Êtes-vous né (e) à l’extérieur du Canada?** |
|  | **[ ]  Oui** | Si oui, dans quel pays? |  |  |
|  | **[ ]  Non** |  |
|  |
| **8. Avez-vous reçu des produits sanguins entre 1978 et 1992?** |
|  | **[ ]  Oui** | **[ ]  Non** | **[ ]  Inconnu** |
|  |

**1 Afin d’éviter la violation du secret professionnel, ce questionnaire de même que le formulaire de consentement doivent être classés au dossier de la personne source.**

Votre logo

|  |
| --- |
| **B. Évaluation des facteurs de risque de la personne source (suite)** |
| **9. Avez-vous déjà eu, ou avez-vous actuellement un partenaire sexuel qui :** |
|  | * A déjà fait une hépatite? (hépatite B ou hépatite C)
 | **[ ]  Oui** | **[ ]  Non** | **[ ]  Inconnu** |  |
|  | * Vit avec le VIH?
 | **[ ]  Oui** | **[ ]  Non** | **[ ]  Inconnu** |  |
|  |
| **10.** **Au cours des 3 derniers mois, avez-vous eu des symptômes pouvant suspecter une primo-infection au VIH (rétrovirose aiguë)? :** |
|  | * Fièvre > 38 °C avec fatigue intense et ganglions
 | **[ ]  Oui** | **[ ]  Non** | **[ ]  Inconnu** |  |
|  | * Myalgie*(douleurs musculaires)*
 | **[ ]  Oui** | **[ ]  Non** | **[ ]  Inconnu** |  |
|  | * Maux de gorge
 | **[ ]  Oui** | **[ ]  Non** | **[ ]  Inconnu** |  |
|  | * Céphalée
 | **[ ]  Oui** | **[ ]  Non** | **[ ]  Inconnu** |  |
|  | * Nausées
 | **[ ]  Oui** | **[ ]  Non** | **[ ]  Inconnu** |  |
|  | * Diarrhée
 | **[ ]  Oui** | **[ ]  Non** | **[ ]  Inconnu** |  |
|  | * Éruption cutanée(*rash, petits boutons roses ou rouges)*
 | **[ ]  Oui** | **[ ]  Non** | **[ ]  Inconnu** |  |
|  | * Candidose buccale *(taches blanches)* ou ulcération des muqueuses
 | **[ ]  Oui** | **[ ]  Non** | **[ ]  Inconnu** |  |
|  |
| **11. Êtes-vous infecté (e) par :** |
|  | * Le virus de l’hépatite B (VHB)?
 | **[ ]  Oui** | **[ ]  Non** | **[ ]  Inconnu** |
|  |  | **Date dernier dépistage :** | **/       /** | **Résultat :** |  |  |
| **AAAA/MM/JJ** |
|  |
|  | * Le virus de l’hépatite C (VHC)?
 | **[ ]  Oui** | **[ ]  Non** | **[ ]  Inconnu** |
|  |  | **Date dernier dépistage :** | **/       /** | **Résultat :** |  |  |
| **AAAA/MM/JJ** |
|  |
|  | * Le virus d’immunodéficience humaine (VIH)?
 | **[ ]  Oui** | **[ ]  Non** |
|  |  | **Date dernier dépistage :** | **/       /** | **Résultat :** |  |  |
| **AAAA/MM/JJ** |
|  |
| **Si oui, prenez-vous des médicaments antirétroviraux?** **[ ]  Oui** **[ ]  Non** |
|  | * Si oui, lesquels?
 |       |  |
|  | * Quelle est votre charge virale?
 |       |  |
|  | * Quel est le nom de votre médecin traitant?
 |       | **Téléphone :** |  |  |
|  |
|  | **Si non, avez-vous des symptômes compatibles avec la primo-infection au VIH? *(voir symptômes décrits à la question 10)*** | **[ ]  Oui** | **[ ]  Non** |  |
|  |  |  |
|  | * Une autre ITSS (chlamydia, gonorrhée, syphilis) pour laquelle vous n’avez reçu aucun traitement?
 |
|  | **[ ]  Oui** | **Si oui, laquelle :** |  |  |
|  | **[ ]  Non** |
|  |
| **Renseignements recueillis auprès :** **[ ]  de la personne source** **[ ]  du dossier médical**  |
| **Nom du professionnel ayant rempli le questionnaire (lettres moulées) :** |  |  |
| **Téléphone :** |  |  |
|  |
| **Signature :** |  |  | **Date :** | **/       /** |  |
| **AA/MM/JJ** |
| **C. Prélèvements sanguins chez la personne source (si applicable)** |
| **[ ]  Prélèvements faits :**  | **[ ]  Non** |  |
|  | **[ ]  Oui :** | **[ ]  AgHBs** | **[ ]  anti-VHC** | **[ ]  anti-VIH** | **[ ]  ARN du VHC (anti-VHC + connu)** |  |
|  |
|  | **Date :** | **/     /** |  | **Heure : (0-24h)** |  |  |
| **AAAA/MM/JJ** |

Sources : Centre de référence de PPE professionnelle aux liquides biologiques de Montréal

« Recommandations régionales pour la prise en charge des personnes exposées au sang et aux autres liquides biologiques-L’ urgence d’agir », Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec, 2011

**FORMULAIRE D’INFORMATION ET DE CONSENTEMENT**

Votre logo

|  |
| --- |
| **A. Identification de la personne source** |
| **Nom :** |  |  | **Prénom :** |  | **Sexe :**  | **[ ]  masculin** |  |
| **DDN :** | **/       /** |  |  | **Téléphone :** |  |  | **[ ]  féminin** |
| **AAAA/MM/JJ** |
| **RAMQ :** |  |  |
| **Adresse :** |  | **Code postal :** |  |  |
| **Téléphone maison :** |  | **Téléphone bureau :** |  | **Téléphone cellulaire :** |  |  |
|  |
| **B. Informations** |
| **Une personne a été en contact accidentellement avec votre sang ou d’autres liquides biologiques. Cet incident ne représente aucun risque pour vous. Cependant, si vous avez déjà été infecté dans le passé par l’hépatite B, l’hépatite C ou le VIH, cette personne est alors à risque de contracter une de ces maladies.** |
| **Afin de déterminer si cette personne est à risque de contracter une de ces maladies, nous devons évaluer la possibilité que vous ayez été infecté antérieurement par un de ces virus. La consultation de votre dossier médical, un questionnaire ainsi qu’un prélèvement sanguin peuvent aider grandement à évaluer cette possibilité.** |
| **Les informations recueillies permettront d’orienter le traitement et le suivi à envisager pour cette personne. Votre collaboration serait ainsi très utile et surtout très appréciée. Toutes ces informations demeureront confidentielles et seront strictement réservées à l’usage des professionnels de la santé responsables de l’évaluation et du suivi médical de la personne concernée.** |
|  |
| **C. Consentement** |
| **Je comprends que les informations recueillies, soit par la consultation de mon dossier médical, par un questionnaire ou bien par prélèvements sanguins, permettront aux professionnels de la santé, responsable de ce dossier d’évaluer la possibilité que j’aie été infecté dans le passé par l’hépatite B, l’hépatite C ou le VIH. Ces informations, traitées confidentiellement, ne serviront qu’à faciliter l’évaluation et le suivi médical de la personne ayant été exposée à mon sang ou à d’autres liquides biologiques.** |
|  |
| **J’autorise que l’on communique avec mon médecin traitant afin de remplir le questionnaire (si nécessaire)** |
|  | **[ ]  Oui** | **[ ]  Non** |  |
|  |
| **J’autorise que les informations et résultats obtenus dans le cadre de cet incident soient transmis, dans le respect de la confidentialité, au médecin responsable du suivi médical de la personne ayant été exposée à mon sang ou à d’autres liquides biologiques** |
|  | **[ ]  Oui** | **[ ]  Non** |
|  |
| **J’accepte que vous fassiez parvenir mes résultats à mon médecin traitant** |
|  | **[ ]  Oui** | **[ ]  Non** |  |
| **Dr. :** |  | **(Nom, Prénom)** |
|  |
| **D. Identification du professionnel qui fera le suivi des résultats des prélèvements sanguins** |
|  |
| **Nom du professionnel :** |  | **(Nom, Prénom)** |
|  |
| **E. Signature** |
| **Signature de l’usager ou personne autorisée :** |  |  | **Date :** | **/       /** |  |
|  |  |  |  | **AAAA/MM/JJ** |  |
| **Témoin à la signature :** |  |  |  | **Date :** | **/       /** |  |
| **AAAA/MM/JJ** |