|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **A. Identification de la personne**  Votre logo | | | | | | | | | | | | | | |
| |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **Nom :** |  | | | | | | |  | **Prénom :** | |  | | **Sexe :** | | **masculin** | | |  | | | **DDN :** | **/       /** | | | |  | | |  | **Téléphone :** | |  | |  | | **féminin** | | | | | | **AAAA/MM/JJ** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **RAMQ :** | |  | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | **Adresse :** | | |  | | | | | | | | | **Code postal :** | |  | | |  | | | | **Téléphone maison :** | | | |  | | **Téléphone bureau :** | | | |  | | **Téléphone cellulaire :** | | | |  | | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **B. Suivi de la personne exposée à 48 heures** | | | | | | | | | | | | | | |
| **1. En regard de la prophylaxie pour l’hépatite B (vaccin ou immunoglobulines)**   1. **Obtenir le résultat de l’AgHBs de la personne source *(si fait)*** 2. **Obtenir le résultat du dosage anti-HBs et AgHBs de la personne exposée**   **\*Ajuster la conduite selon le (les) résultat(s) en se référant au protocole d’immunisation du Québec (P.I.Q),** [***«Algorithme postexposition à l’hépatite B»***](http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/vaccination/piq-vaccins/hb-vaccin-contre-l-hepatite-b/#algorithme-postexposition) **ou à l’outil** [***«Aide à la décision pour la post exposition à l’hépatite B »***](http://www.msss.gouv.qc.ca/aide-decision/accueil.php?situation=Hepatite-B) **\*** | | | | | | | | | | | | | | |
| **2. En regard de la prophylaxie pour le VIH (thérapie anti-VIH →antirétroviraux)** | | | | | | | | | | | | | | |
| * **Lors de L’ÉVALUATION MÉDICALE INITIALE (JOUR 0) :***(se référer au questionnaire «Personne exposée : Évaluation médicale initiale » annexe 8)* | | | | | | | | | | | | | | |
| **Prophylaxie indiquée, mais refusée par le patient** | | | | | | **Raison :** | | |  | | | | |  |
| **Prophylaxie non indiquée** | | | | | | | | | | | | | | |
| * **AU SUIVI À 48 HEURES:** | | | | | | | | | | | | | | |
| **Indiquée lors de l’évaluation médicale initiale, mais cessée par le patient** | | | | | | | | | | | **Raison :** |  | |  |
| **Cessée par le médecin** | | **Raison :** | |  | | | | | | | | | |  |
| **À poursuivre pour un total de 28 jours** | | | | | **Raison :** | |  | | | | | | |  |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Prescription thérapie anti-VIH donnée :** |  | **jours** | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| **C. Suivi de la médication - thérapie anti-VIH** | | | | | | | | | | | | | | |
| **Antirétroviraux** | | | **Début** | | | | | | | **Fin prévue** | | | **Thérapie anti-VIH complétée pour un total de 28 jours** | |
| **Date**  **AAAA/MM/JJ** | | | | | **Heure** | | **Date**  **AAAA/MM/JJ** | | |
| Tenofovir/emtricitabine (*Truvada*)  (1 co de 300/200 die)  Raltegravir (*Isentress*) (1 co de 400 bid) | | | **/       /** | | | | |  | | **/       /** | | | **Oui**  **Non**  **Si non, raison :** | |
| Tenofovir/emtricitabine (*Truvada*)  (1 co de 300/200 die)  Raltegravir HD(*Isentress HD*)  (2 co de 600 die) | | | **/       /** | | | | |  | | **/       /** | | | **Oui**  **Non**  **Si non, raison :** | |
| Tenofovir/emtricitabine (*Truvada*)  (1 co de 300/200 die)  Lopinanavir/ritonavir *(Kaletra)*  (4 co de 200/50 die) | | | **/       /** | | | | |  | | **/       /** | | | **Oui**  **Non**  **Si non, raison :** | |
| **Autre :** | Enfants de moins de 12 ans - *consulter l’annexe 8 p : 64 du* [*«Guide pour la prophylaxie et le suivi après une exposition au VIH, au VHB et au VHC»*](http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000319/) | | **/       /** | | | | |  | | **/       /** | | | **Oui**  **Non**  **Si non, raison :** | |
| Femme enceinte - *consulter l’annexe 7 p : 61 du* [*«Guide pour la prophylaxie et le suivi après une exposition au VIH, au VHB et au VHC»*](http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000319/) | | **/       /** | | | | |  | | **/       /** | | | **Oui**  **Non**  **Si non, raison :** | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **D. Suivi de la vaccination contre l’hépatite B** | | | | | | | | | |
|  | | **Nom** | | | | **Posologie** | | | **Date**  **AAAA/MM/JJ** |
| **Vaccin contre l’hépatite B** | |  | | | |  | | |  |
|  | | | |  | | |  |
| **Immunoglobulines (HBIG)** | |  | | | |  | | |  |
|  | | | | | | | | | |
| **E. Suivi des prélèvements sanguins selon situation** | | | | | | | | | |
| **SUIVI** **sérologies - *pour tous***  **(**[**«Guide pour la prophylaxie et le suivi après une exposition au VIH, au VHB et au VHC» p : 25**](http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000319/)**)** | | | | | | | | | |
|  | **Jour 0** | | | **À 4 semaines** | | | **À 3 mois** | | |
| **Date**  **AA/MM/JJ** | **/     /**  **AAAA/MM/JJ** | | | **/     /**  **AAAA/MM/JJ** | | | **/     /**  **AAAA/MM/JJ** | | |
| **AgHBs** | **1** | | |  | | | **1,2** | | |
| **Anti-HBs** | **1** | | |  | | | **3** | | |
| **Anti-VHC4** | **5** | | |  | | |  | | |
| **Anti-VIH** |  | | | **6** | | |  | | |
| **1** Le dosage de l’AgHBs et des anti-HBs n’est pas nécessaire si au temps 0 ou à 3 mois la personne exposée est immune contre l’hépatite B (anti-HBs ≥ 10 UI/L) ou si elle a déjà des marqueurs d’infection par le VHB (AgHBs).  **2** La recherche de l’AgHBs ne devrait pas être faite en deçà de 30 jours après une dose de vaccin, car on pourrait détecter l’AgHBs vaccinal et croire, à tort, que la personne est infectée.  **3** Si la personne reçoit une primo-immunisation contre l’hépatite B ou si elle a reçu des immunoglobulines, le contrôle des anti-HBs devrait être fait entre un et six moisaprès la troisième dose de vaccin ou au moins six mois après l’administration des immunoglobulines.  **4** En cas de preuve que la source est infectée par le VHC, effectuer le dépistage selon le tableau «Suivi sérologies VHC-*source infectée par le VHC»* qui se retrouve au tableau suivant.  **5** Si la personne exposée a déjà eu un résultat positif à une sérologie anti-VHC, ne pas répéter la recherche des anti-VHC. L’analyse recommandée pour le dépistage est alors la recherche qualitative de l’ARN du VHC.  Dans le cadre d’une exposition professionnelle, en raison des enjeux légaux, en plus d’effectuer une recherche qualitative de l’ARN du VHC, orienter la personne vers un collègue expérimenté.  **6** Les tests à utiliser sont les tests de quatrième génération, qui permettent de détecter l’Ag p24 et les anti-VIH.  **7** Des cas de séroconversion retardée ont été rapportés chez des individus ayant développé une hépatite C aiguë pendant leur suivi. Pour cette raison, en cas de séroconversion au VHC, le test de dépistage du VIH devrait être répété à six mois. | | | | | | | | | |
|  | | | **SUIVI sérologies- *exceptions***  [**«Guide pour la prophylaxie et le suivi après une exposition au VIH, au VHB et au VHC» p : 25**](http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000319/)**)** | | | | |  | |
|  | | **À 6 mois** | | |  | |
| **Date**  **AA/MM/JJ** | | **/     /**  **AAAA/MM/JJ** | | |  | |
| **AgHBs** | |  | | |  | |
| **Anti-HBs** | | **3** | | |  | |
| **Anti-VHC4** | |  | | |  | |
| **Anti-VIH** | | **7** | | |  | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **E. Suivi des prélèvements sanguins selon situation (suite)** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **SUIVI sérologies - *source infectée par le VHC* (**[**«Guide pour la prophylaxie et le suivi après une exposition au VIH, au VHB et au VHC» p : 26**](http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000319/)**)** | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | **Jour 0** | | | | | | **À 4 semaines8** | | | | **À 3 mois** | | | |
| **Date**  **AA/MM/JJ** | | | **/     /**  **AAAA/MM/JJ** | | | | | | **/     /**  **AAAA/MM/JJ** | | | | **/     /**  **AAAA/MM/JJ** | | | |
| **Personne exposée - Immunocompétente** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Anti-VHC** | | | **9** | | | | | |  | | | | **9** | | | |
| **ARN du VHC** | | |  | | | | | | **10** | | | |  | | | |
| **Personne exposée - Immunosupprimée ou vivant avec le VIH** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Anti-VHC** | | | **9** | | | | | |  | | | | **9** | | | |
| **ARN du VHC** | | |  | | | | | |  | | | | **11** | | | |
| **8**La recherche qualitative de l’ARN du VHC devrait être faite à la semaine 3, mais elle peut être reportée àla semaine 4 pour s’intégrer au calendrier de suivi des autres tests.  **9** Si la personne exposée a déjà eu un résultat positif à une sérologie anti-VHC, ne pas répéter la recherche des anti-VHC. L’analyse recommandée pour le dépistage est alors la recherche qualitative de l’ARN du VHC. Dans le cadre d’une exposition professionnelle, en raison des enjeux légaux, en plus d’effectuer une recherche qualitative de l’ARN du VHC, orienter la personne vers un collègue expérimenté.  **10** La recherche qualitative de l’ARN du VHC chez une personne immunocompétente peut être indiquée pour une personne ayant subi une exposition professionnelle au VHC. On ne connaît pas la proportion de personnes infectées par le VHC qui auront un résultat d’ARN du VHC positif trois semaines après l’acquisition de l’infection. Ainsi, un résultat négatif ne permet pas d’affirmer que la personne n’est pas infectée et le dépistage doit être complété par un anti-VHC trois mois après l’exposition.  **11** Pour les personnes immunosupprimées et les personnes vivant avec le VIH, la période fenêtre sérologique peut être plus longue que pour les autres, mais les données disponibles ne permettent pas de statuer sur sa durée. Lorsque ces personnes ont été exposées à une source infectée par le VHC, l’ajout d’une recherche qualitative de l’ARN du VHC à trois mois permet de vérifier s’il y a eu infection par le VHC et d’éviter de faire des sérologies anti-VHC au-delà de trois mois. | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **SUIVI Bilan sanguin *- si thérapie anti-VIH est débutée* (**[**«Guide pour la prophylaxie et le suivi après une exposition au VIH, au VHB et au VHC» p : 28**](http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000319/)**)** | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **Jour 0** | | | | | | | | **À 2 semaines** | | | | | **À 4 semaines12,13** | | |
| **/     /**  **AAAA/MM/JJ** | | | | | | | | **/     /**  **AAAA/MM/JJ** | | | | | **/     /**  **AAAA/MM/JJ** | | |
| **N** | | | | **AN** | **NF** | | | **N** | **AN** | **NF** | | | **N** | **AN** | **NF** |
| **FSC** |  | | | |  |  | | |  |  |  | | |  |  |  |
| **Créatinine** |  | | | |  |  | | |  |  |  | | |  |  |  |
| **ALT** |  | | | |  |  | | |  |  |  | | |  |  |  |
| **Légende : N : Normal** | | | | **AN : Anormal** | | | **NF : Non fait** | | | | | | | | | |
| **12** Lors du suivi sérologique de 4 semaines, vérifier si la thérapie anti VIH prescrite a été complétée pour un total de 28 jours en cochant les cases appropriées (voir tableau à la section C *Suivi de la médication - thérapie anti-VIH).*  **13** Si les résultats étaient anormaux à 2 semaines. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Dépistage des autres ITSS - *si exposition sexuelle*** | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | **Jour 0** | | | | | | **À jour 14** | | | | **À 3 mois** | | | | |
| **Date**  **AA/MM/JJ** | | **/     /**  **AAAA/MM/JJ** | | | | | | **/     /**  **AAAA/MM/JJ** | | | | **/     /**  **AAAA/MM/JJ** | | | | |
| **Chlamydia** | |  | | | | | |  | | | |  | | | | |
| **Gonorrhée** | |  | | | | | |  | | | |  | | | | |
| **Syphilis** | |  | | | | | |  | | | |  | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Date**  **AA/MM/JJ** | **Notes d’évolution supplémentaire** | **Signature MD / INF.** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Source : Centre de référence de PPE professionnelle aux liquides biologiques de Montréal.**