

Annexe IV – Exemple de formulaire de collecte de données pour le dépistage des ITSS^{110, 111}

110. Cet exemple de formulaire est une adaptation faite à partir de documents produits par le Groupe de travail pour faciliter l'implantation des SIDEP, Service de lutte contre les infections transmissibles sexuellement et par le sang, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2003.

111. Révision en cours. Le contenu de cette annexe pourrait ne pas refléter la version mise à jour en 2014 des chapitres du *Guide québécois de dépistage des ITSS*. Procéder aux adaptations requises avant d'utiliser cet exemple de formulaire.

Dépistage et prévention des ITSS	ÉTABLISSEMENT	
Nom du Service : PREMIÈRE VISITE		
Nom, prénom		
Adresse actuelle	Téléphone ()	
N° d'assurance maladie :		
Date de naissance (aaaa/mm/jj) : ____ / ____ / ____	N° de dossier	

Modalités de dépistage : Nominatif Non nominatif

Date : ____ / ____ / ____

Nom du professionnel : _____

1. Lieu d'intervention

- CSSS mission CLSC École Milieu de travail Centre de détention
 Local d'un organisme communautaire ou groupe du milieu, précisez : _____
 Autre établissement du réseau SSS, précisez : _____
 Lieu public, précisez : _____
 Autre lieu, précisez : _____

2. Données sociodémographiques

- 2.1** Date de naissance (aaaa/mm/jj) : ____ / ____ / ____ ou âge : ____
2.2 Sexe : M F Inconnu Transsexuel F-H Transsexuel H-F
2.3 Pays de naissance Canada Cochez si : Premières nations Inuit ou Métis
 Autre, précisez pays : _____ Année d'arrivée au Canada : _____

3. Raisons de la consultation (Vous pouvez cocher plus d'une case)

Demande d'information

Demande de dépistage

- VIH
 ITS (Infection à *Chlamydia trachomatis*, infection gonococcique ou syphilis)
 Hépatite B
 Hépatite C

Demande de vaccination

- Hépatite A
 Hépatite B
 Autres, précisez : _____

Consultation pour contraception

Envoyé par :

- Autre CSSS CH Info-Santé Direction de santé publique
 Clinique médicale privée, précisez : _____
 Organisme communautaire, précisez : _____

S'il y a lieu, inscrivez le nom et le titre (médecin, infirmière ou autre) de l'intervenant qui a orienté la personne

- Autres raisons de consultation, précisez : _____

4. Signes et symptômes

Présence de signes ou symptômes pouvant suggérer la présence d'une ITSS

- Oui** (*orientez pour évaluation médicale*) **Non** **Ne sait pas**
- Pertes vaginales inhabituelles (femme) ou écoulement urétral (homme) (p. ex. infection à *Chlamydia trachomatis*, infection gonococcique)
 - Lésions aux organes génitaux (p. ex. herpès, condylomes, syphilis)
 - Éruption cutanée (p. ex. syphilis)
 - Douleur abdominale ou pelvienne (p. ex. salpingite, inflammation pelvienne chronique, hépatite, grossesse ectopique)
 - Douleur aux organes génitaux (p. ex. bartholinite, épидидymite, herpès)
 - Jaunisse (p. ex. hépatite)
 - Fatigue inhabituelle incapacitante, fièvre, autre symptôme systémique (p. ex. hépatite, infection par le VIH)
 - Troubles urinaires (p. ex. herpès, infection à *Chlamydia trachomatis*, infection gonococcique)
 - Troubles menstruels (*spotting*, douleurs inhabituelles, retard, etc.) (p. ex. grossesse ectopique)
 - Douleurs articulaires inhabituelles (p. ex. arthrite gonococcique, syndrome de Reiter)
 - Autre(s), précisez : _____

5. Antécédents cliniques

5.1 Prise d'antibiotiques durant le dernier mois

Oui, précisez antibiotique : _____ Date de fin de traitement : (aaaa,mm,jj) ____/____/____

5.2 **Antécédents d'allergie** : Oui, précisez : _____ Non Ne sait pas

5.3 Antécédents de transfusion de sang ou d'administration de produits sanguins :

Oui \Rightarrow Précisez la ou les dates (aaaa/mm si disponible) : (1)____/____ (2)____/____ (3)____/____

Lieu : Québec Ailleurs au Canada À l'extérieur du Canada (précisez pays) : _____

Non Inconnu

5.4 Grossesse (*explorez la possibilité de grossesse chez la personne ou sa partenaire*)

S'agit-il d'une femme enceinte ? Oui, *Beta* HCG \oplus le (aaaa/mm/jj) : ____/____/____ Non Ne sait pas

Femme

Date des dernières menstruations (aaaa,mm,jj) ____/____/____

G ____ P ____ A ____

Moyen contraceptif utilisé

- Contraceptifs oraux Stérilet
- Méthodes barrières (condoms, diaphragme, etc.)
- Autre (précisez) _____
- Aucun

Antécédents d'interruption volontaire de grossesse (IVG)

- Oui : nombre ____ date de la dernière (aaaa/mm/jj) ____/____/____
- Non Refus de répondre

Homme

Grossesse actuelle chez une partenaire

- Oui
- Non
- Ne sait pas

5.5 **Antécédents d'ITSS** : **Oui** (cochez laquelle ou lesquelles) Non Ne sait pas

- Infection à *Chlamydia trachomatis*
- Infection par le VPH
- ITS non précisée
- Hépatite C
- Infection gonococcique
- Herpès génital
- Hépatite A
- Hépatite non précisée
- Syphilis
- Infection par le VIH
- Hépatite B
- Autre _____

5.6 Dépistage antérieur et résultat de la dernière analyse				Si connu, date dernier dépistage (an/mois)	Inscrivez le résultat de la dernière analyse		
	Positif	Négatif	Inconnu				
Infection à <i>Chlamydia trachomatis</i>	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> NSP	<input type="checkbox"/> Oui	____/____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infection gonococcique	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> NSP	<input type="checkbox"/> Oui	____/____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Syphilis	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> NSP	<input type="checkbox"/> Oui	____/____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hépatite B	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> NSP	<input type="checkbox"/> Oui	____/____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hépatite C	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> NSP	<input type="checkbox"/> Oui	____/____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infection par le VIH	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> NSP	<input type="checkbox"/> Oui	____/____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5.7 Vaccination antérieure				Nombre de doses	Inscrivez la date de la dernière dose	
			année/mois/jour			
Hépatite B	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> NSP	<input type="checkbox"/> Oui	_____	____/____/____	
Hépatite A	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> NSP	<input type="checkbox"/> Oui	_____	____/____/____	
Hépatite A et B	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> NSP	<input type="checkbox"/> Oui	_____	____/____/____	

Autres antécédents d'immunisation (si pertinent, p. ex. au moment de la mise à jour du carnet d'immunisation)

Commentaires sur les antécédents cliniques, s'il y a lieu

6. Comportements sexuels

6.1 Partenaire(s) sexuel(s) : homme femme homme et femme

6.2 Pratiques sexuelles : orales vaginales anales autre(s): _____

6.3 Utilisation du condom : toujours à l'occasion jamais Dernière relation non protégée : ____/____/____
(aaaa/mm/jj)

6.4 Nombre de partenaires sexuels : 2 derniers mois ____ dernière année ____ à vie : < 5 entre 5 et 10 >10

6.5 Information sur les partenaires sexuels récents

Partenaire sexuel avec ITSS (infection à *Chlamydia trachomatis*, infection gonococcique, syphilis, herpès, condylomes, infection par le VIH, hépatite)

Oui, précisez _____ Non Ne sait pas

Partenaire à risque (UDI, HARSAH, travailleur(euse) du sexe ou client(e), multiples partenaires, partenaires à l'extérieur du Québec)

Oui, précisez _____ Non Ne sait pas

6.6 Lien avec la prostitution

Avoir reçu de l'argent, de la drogue ou des cadeaux en échange de relations sexuelles

Oui Non Refus de répondre Non demandé

Avoir donné de l'argent, de la drogue ou des cadeaux en échange de relations sexuelles

Oui Non Refus de répondre Non demandé

6.7 Relations sexuelles dans un sauna

Oui Non Refus de répondre Non demandé

Si oui, précisez la ville où était situé le sauna :

6.8 Relations sexuelles avec une personne résidant à l'extérieur du Québec (p. ex. lors d'un voyage, avec un autre touriste ou un résidant ou, au Québec, avec une personne qui ne réside pas au Québec)

Oui Non Refus de répondre Non demandé

Si oui, précisez : Date (année/mois) : ____/____

Lors d'un voyage ? Oui, précisez le pays/ville _____ Non

Pays/ville de résidence de cette personne _____

Commentaires sur les comportements sexuels, s'il y a lieu

7. Habitudes de vie liées au risque de transmission d'infections par voie sanguine

7.1 Consommation de drogues au cours de la dernière année

Oui Non Refus de répondre Non demandé

Si oui, précisez : Marijuana (*pot*), haschich Cocaïne Crack
 Ecstasy Stéroïdes Héroïne
 Autres, précisez : _____

Mode de consommation : Injection Inhalation Voie orale Autre

Partage de matériel de consommation de drogue : Jamais Parfois Régulièrement

7.2 Injection de drogues au cours de la vie, même une seule fois

Oui Non Refus de répondre Non demandé

7.3 Tatouage, perçage

Oui Non Refus de répondre Non demandé

Si oui, précisez : Dans un salon professionnel
 Par des amis/artisanal
 En milieu carcéral

7.4 Séjour en milieu carcéral

Oui Non Refus de répondre Non demandé

Commentaires s'il y a lieu : _____

7.5 Exposition accidentelle ou professionnelle au sang ou à un liquide biologique à risque de transmission du VIH, du VHC ou du VHB (*Recherchez exposition, p. ex. au travail*)

Oui Non Non demandé

Si oui, précisez les circonstances, le type d'exposition, la date, les mesures préventives, etc.

SOMMAIRE DE L'ÉVALUATION DES FACTEURS DE RISQUE

Aucun facteur de risque décelé Risque de transmission sexuelle Risque de transmission sanguine

Autre problème décelé (précisez) : _____

ÉVALUATION DU CONTEXTE DE L'INTERVENTION

Estimation du degré d'aisance de la personne : 0 à l'aise 0 mal à l'aise 0 très mal à l'aise

Réseau social, soutien : _____

Autoévaluation de son risque de contracter une ou des ITSS : 0 faible 0 modéré 0 élevé

COMMENTAIRES INCLUANT RÉACTIONS PRÉVISIBLES À UN RÉSULTAT POSITIF

8. Intervention réalisée**8.1 Information donnée sur :**

- ITSS et leurs modes de transmission
- Comportements sexuels sécuritaires
- Conseils préventifs UDI (réduction des méfaits)
- Counseling prétest
- Vaccination
- Contraception
- Ressources disponibles
- Autre : précisez _____

8.2 Matériel de prévention remis

- Condoms
- Matériel d'injection stérile
- Information écrite (précisez s'il y a lieu)

Autre (précisez s'il y a lieu)

8.3 Vaccination (Cette section réfère à l'intervention actuelle. Les vaccinations antérieures sont inscrites à la section 5.7)

Statut vaccinal défini à partir des renseignements de la section 5.7

}	Statut vaccinal contre le VHB	<input type="checkbox"/> Complet	<input type="checkbox"/> Partiel	<input type="checkbox"/> Non vacciné
	Statut vaccinal contre le VHA	<input type="checkbox"/> Complet	<input type="checkbox"/> Partiel	<input type="checkbox"/> Non vacciné

		Date (aaaa/mm/jj)	Cons. verbal*	Initiales			Date (aaaa/mm/jj)	Cons. verbal*	Initiales
Hépatite B	<input type="checkbox"/> 1 ^{re} dose	___/___/___	<input type="checkbox"/>	___	Hépatites A et B	<input type="checkbox"/> 1 ^{re} dose	___/___/___	<input type="checkbox"/>	___
	<input type="checkbox"/> 2 ^e dose	___/___/___	<input type="checkbox"/>	___		<input type="checkbox"/> 2 ^e dose	___/___/___	<input type="checkbox"/>	___
	<input type="checkbox"/> 3 ^e dose	___/___/___	<input type="checkbox"/>	___		<input type="checkbox"/> 3 ^e dose	___/___/___	<input type="checkbox"/>	___
	<input type="checkbox"/> 4 ^e dose	___/___/___	<input type="checkbox"/>	___		<input type="checkbox"/> 4 ^e dose	___/___/___	<input type="checkbox"/>	___
Hépatite A	<input type="checkbox"/> 1 ^{re} dose	___/___/___	<input type="checkbox"/>	___	Commentaires				
	<input type="checkbox"/> 2 ^e dose	___/___/___	<input type="checkbox"/>	___					
Autre(s)		___/___/___	<input type="checkbox"/>	___					

* Cons. verbal : consentement verbal.

8.4 Premiers soins administrés (si pertinent)

- Soins de plaie Conseils d'hygiène Autres (précisez) _____

8.5 Intervention de contraception (si pertinent)

- Conseils
 Contraception orale d'urgence (COU) sur ordonnance médicale collective (précisez indications, médicament et dose)

- Administration d'un contraceptif injectable sur ordonnance médicale individuelle (précisez nom et dose)

Nom du médecin prescripteur :

- Autres
précisez : _____

8.6 Intervention de dépistage

Résultat du dépistage

ITSS recherchée	Cons. verbal*	Initiales	Date du prélèvement année, mois, jour	Type d'analyse	Site ou nature du prélèvement
Infection à <i>Chlamydia trachomatis</i>	<input type="checkbox"/>		___/___/___	<input type="checkbox"/> TAAN <input type="checkbox"/> Détection antigénique	<input type="checkbox"/> Urine <input type="checkbox"/> Col <input type="checkbox"/> Urètre
Infection gonococcique	<input type="checkbox"/>		___/___/___	<input type="checkbox"/> Culture <input type="checkbox"/> TAAN	<input type="checkbox"/> Urine <input type="checkbox"/> Col <input type="checkbox"/> Urètre <input type="checkbox"/> Gorge <input type="checkbox"/> Anus
Syphilis	<input type="checkbox"/>		___/___/___	<input type="checkbox"/> Analyse non tréponémique <input type="checkbox"/> Analyse tréponémique	<input type="checkbox"/> Sang
Hépatite B	<input type="checkbox"/>		___/___/___	<input type="checkbox"/> HbsAg	<input type="checkbox"/> Sang
Hépatite C	<input type="checkbox"/>		___/___/___	<input type="checkbox"/> Anti-VHC	<input type="checkbox"/> Sang
Infection par le VIH	<input type="checkbox"/>		___/___/___	<input type="checkbox"/> Anti-VIH	<input type="checkbox"/> Sang

Résultat : inscrire le résultat pour chaque site de prélèvement s'il y a lieu				Date de réception du résultat année/mois/jour	Résultat transmis*** à la personne - Date année/mois/jour	Initiales
Positif	Négatif	Ind. **	À venir			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___/___/___	<input type="checkbox"/> ___/___/___	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___/___/___	<input type="checkbox"/> ___/___/___	
Titre : _____						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___/___/___	<input type="checkbox"/> ___/___/___	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___/___/___	<input type="checkbox"/> ___/___/___	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

* Cons. verbal : consentement verbal

** Ind. : indéterminé

*** Cochez si le résultat a été transmis et inscrivez la date à laquelle le résultat a été transmis ainsi que les initiales de l'intervenant qui a transmis ce résultat.

8.7 Planification d'une visite de suivi

Rendez-vous planifié Date : ___/___/___ (aaaa/mm/jj) Heure : _____ Professionnel : _____
Endroit : _____

Transmission de résultats dans des circonstances exceptionnelles (Voir guide d'utilisation du formulaire de collecte de données, précisez et justifiez)

Résultats négatifs à transmettre par téléphone (*jamais lorsqu'une analyse de dépistage du VIH ou du VHC a été faite et en dernier recours pour les autres types de dépistage*).

Précisez le numéro où appeler (_____) _____ - _____

Période propice (jour semaine/fin semaine/heure) _____

Résultats à transmettre à un tiers, à la demande de la personne (*Faites signer l'autorisation.*)

Médecin : nom et coordonnées _____

Intervenant organisme communautaire. Nom et coordonnées _____

Autre, précisez _____

Autre modalité de transmission du résultat : _____

8.8 Orientation vers une autre ressource pour suivi Oui Aucune orientation formelle Refus

Si oui, raison :

Présence de signes ou symptômes

Autre problème décelé : _____

Organisme, professionnel ou personne vers qui le patient a été dirigé (précisez)

Clinique médicale privée

CH

Autre service du CSSS

Autre CSSS (préciser CSSS)

Organisme communautaire

Ressource spécialisée en toxicomanie

N. B. Il est recommandé d'utiliser un formulaire d'*orientation pour suivi médical* ou d'*orientation pour suivi psychosocial* afin de faciliter la continuité des soins. Joindre un copie des rapports d'analyses de biologie médicale au formulaire. Mettre une copie du formulaire rempli au dossier.

Commentaires, s'il y a lieu

Signature : _____

Date : _____

Dépistage et prévention des ITSS	ÉTABLISSEMENT
Nom du service :	
VISITE DE SUIVI	
Nom, prénom	
Adresse actuelle	
N° d'assurance maladie :	
Date de naissance : ____ / ____ / ____ (aaaa/mm/jj)	N° de dossier

Visite de suivi N° _____

Nom du professionnel : _____

Date : _____

Raison(s) du suivi :

- Résultat de dépistage (*Remplissez la deuxième partie de la section 8.6 du volet « Première visite » du formulaire*)
- Suivi de vaccination (*Remplissez la section 8.3 du volet « Première visite » du formulaire*)
- Consultation pour un nouveau dépistage (*Réviser le dossier, mettez à jour les sections 4, 5, 6 et 7 et complétez une nouvelle section 8.6*)
- Autre : précisez : _____

9. Suivi du dépistage Résultats des analyses à des fins de dépistage (*Voir la section 8.6 du volet « Première visite »*)**9.1 Counseling post-test – Résultat(s) POSITIF(s)**

- Explications sur la signification des résultats incluant les limites des analyses
- Révision des facteurs de risque (*voir sections 6 et 7 du volet « Première visite » du formulaire*)
- Information sur la ou les infection(s) détectée(s)
- Conseils préventifs adaptés aux facteurs de risque décelés
- Sensibilisation à l'importance de l'examen médical

Intervention d'hémovigilance (cas d'infection par le VIH, hépatite C et syphilis infectieuse)

- Recherchez des antécédents de don/réception de sang, tissus ou organe (*voir guide pour détails*)
- Avertissez de s'abstenir de tout don de sang, de tissus et d'organes

Dans le cas des ITS bactériennes pouvant être traitées par antibiotiques

- Sensibilisation à l'importance de la fidélité au traitement
- Sensibilisation à l'importance d'éviter les relations sexuelles ou d'avoir des relations protégées jusqu'à sept jours après la prise d'une dose unique ou jusqu'à la fin d'un traitement de sept jours et plus.

Intervention préventive auprès des partenaires (IPP) (*voir Programme québécois*)

- Sensibilisation à l'importance de la démarche pour lui-même et ses partenaires
- Présentation des différentes options de soutien possible
- Offre de soutien pour l'intervention préventive auprès des partenaires (IPP) : Accepte Refuse Non offerte
- Orientation vers le service régional IPP : Accepte Refuse Non offerte

9.2 Counseling post-test – Résultat(s) NÉGATIF(s) :

- Explication de la signification des résultats
- Révision des facteurs de risque (*voir sections 6 et 7 du volet « Première visite » du formulaire*)
- Conseils préventifs adaptés aux facteurs de risque décelés
- Évaluation de la possibilité de résultat faussement négatif (période fenêtre) et de la pertinence d'effectuer un dépistage ultérieur : Recommandé Non recommandé

10. Orientation vers une autre ressource pour suivi Oui Aucune orientation formelle Refus

Si oui, raison :

- Résultat d'analyse positif
- Présence de signes ou symptômes
- Autre problème décelé : _____

Organisme, professionnel ou autre intervenant vers qui la personne a été dirigée (*Précisez*)

- Clinique médicale privée _____
- CH _____
- Autre service du CSSS _____
- Autre CSSS (préciser CSSS) _____
- Organisme communautaire _____
- Ressource spécialisée en toxicomanie _____

N. B. Il est recommandé d'utiliser un formulaire d'*orientation pour suivi médical* ou *pour suivi psychosocial* afin de faciliter la continuité des soins. Joindre une copie des rapports d'analyse de biologie médicale au formulaire. Mettre une copie du formulaire rempli au dossier.

Commentaires sur la visite de suivi

Signature: _____

Date : _____