



MOCLI60783

Installation : _____

Dossier : _____

Nom, prénom : _____

Date de naissance : _____ ☐ F ☐ M
aaaa/mm/jj

NAM : _____ Exp. _____
aaaa/mm

Nom, prénom de la mère : _____

**COLLECTE DE DONNÉES ET DÉPISTAGE
BRIS DE RETRAITEMENT DE DISPOSITIFS MÉDICAUX**

☐ Consultation téléphonique Date : _____ ☐ Rendez-vous de dépistage Date : _____

INFORMATIONS DE L'USAGER

☐ Double identification de l'utilisateur effectuée

Âge : _____ ans *Si usager représenté, inscrire les coordonnées de la personne autorisée.

Téléphone* : _____ Courriel* : _____

Médecin de famille/IPS coordonnées : _____

Sans médecin de famille/IPS : ☐ Référer au Guichet accès à un médecin de famille (GAMF) pour enregistrement.

☐ Usager représenté et accompagné lors de l'appel d'une personne autorisée : _____ nom, prénom

☐ Usager représenté, **mais non accompagné** lors de l'appel d'une personne autorisée → **non éligible au dépistage**.

CONSENTEMENT LIBRE ET ÉCLAIRÉ

☐ Expliquer le déroulement de l'appel téléphonique à l'utilisateur (collecte de données et suivi du dépistage)

☐ L'utilisateur consent au dépistage :

• Consentement ou refus obtenu auprès de : ☐ L'utilisateur ☐ Personne autorisée

• Préciser le nom et prénom si autre que l'utilisateur : _____

• Lien avec l'utilisateur : _____

☐ L'utilisateur consent à ce que le médecin de famille ou IPS reçoive une copie des interventions effectuées, si anormaux

☐ L'utilisateur refuse le dépistage

HISTOIRE CLINIQUE

Avez-vous subi une endoscopie ou chirurgie pratiquée par Dr Adi YOSKOVITCH depuis 2002 :

☐ Oui : Date de l'intervention : _____ Lieu de l'intervention : _____

Type d'intervention : _____

Pour les interventions datant de 6 mois et moins : Effectuer les prélèvements et aviser l'utilisateur qu'il sera référé vers un médecin/IPS que le résultat du dépistage soit normal ou anormal.

Si l'utilisateur n'est pas certain de la date, ou de la clinique, procéder au dépistage.

☐ Non → **non éligible au dépistage**

Avez-vous fait un dépistage incluant ces trois tests : hépatite B, hépatite C et VIH plus de 6 mois après avoir eu l'intervention ciblée par le rappel : ☐ Oui → **non éligible au dépistage**

☐ Non → **poursuivre le dépistage**

Avez-vous un ou plusieurs symptômes compatibles avec les infections visées par le dépistage?

☐ Oui : _____ Procéder au dépistage et référer l'utilisateur vers un professionnel habilité

☐ Non

INTERVENTIONS RÉALISÉES

☐ Counseling prétest et information sur les infections transmissibles par le sang

☐ Requête de prise de sang envoyée par courriel à l'utilisateur (analyses demandées : Ag-HBs, Anti-HBc, Anti-VHC, sérologie VIH)

☐ Requête de prise de sang déposée dans le DMÉ de l'utilisateur (analyses demandées : Ag-HBs, Anti-HBc, Anti-VHC, sérologie VIH)

☐ Rendez-vous donné par l'infirmière pour les prélèvements en PSL

☐ L'utilisateur est informé du processus de divulgation des résultats

NOTES COMPLÉMENTAIRES

Signature de l'infirmière : _____ # de permis : _____ Date : _____