



MOCLI60141

Installation : _____

Dossier : _____

Nom, prénom : _____

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

NAM : _____ Exp. _____
aaaa/mm

Nom, prénom de la mère : _____

DÉPISTAGE DES ITSS ET SUIVI DES RÉSULTATS

ITSS dépistée	Date du prélèvement	Type d'analyse	Sites du prélèvement	Initiales	Résultats			Date transmise	Initiales
					+	-	Indéterminé		
Chlamydia	aaaa/mm/jj	☐ TAAN *Préciser sur la requête si recherche LGV (pour partenaire d'usager +)	☐ Vaginal /Endocervical		☐	☐	☐	aaaa/mm/jj	
			☐ Urinaire		☐	☐	☐	aaaa/mm/jj	
			☐ Rectal		☐	☐	☐	aaaa/mm/jj	
			☐ Pharyngé		☐	☐	☐	aaaa/mm/jj	
Infection gonococcique	aaaa/mm/jj	☐ TAAN	☐ Vaginal /Endocervical		☐	☐	☐	aaaa/mm/jj	
			☐ Urinaire		☐	☐	☐	aaaa/mm/jj	
			☐ Rectal		☐	☐	☐	aaaa/mm/jj	
			☐ Pharyngé		☐	☐	☐	aaaa/mm/jj	
	aaaa/mm/jj	☐ Culture	☐ Vaginal /Endocervical		☐	☐	☐	aaaa/mm/jj	
			☐ Urétral		☐	☐	☐	aaaa/mm/jj	
			☐ Rectal		☐	☐	☐	aaaa/mm/jj	
			☐ Pharyngé		☐	☐	☐	aaaa/mm/jj	
Syphilis	aaaa/mm/jj	☐ EIA/CIA	☐ Sang		☐	☐	☐	aaaa/mm/jj	
Hépatite B	aaaa/mm/jj	☐ AgHBs	☐ Sang		☐	☐	☐	aaaa/mm/jj	
	aaaa/mm/jj	☐ Anti-HBs	☐ Sang		☐	☐	☐	aaaa/mm/jj	
	aaaa/mm/jj	☐ Anti-HBc	☐ Sang		☐	☐	☐	aaaa/mm/jj	
Hépatite C	aaaa/mm/jj	☐ Anti VHC	☐ Sang		☐	☐	☐	aaaa/mm/jj	
	aaaa/mm/jj	☐ ARN VHC	☐ Sang		☐	☐	☐	aaaa/mm/jj	
VIH	aaaa/mm/jj	☐ Anti VIH	☐ Sang		☐	☐	☐	aaaa/mm/jj	
Virus Herpès simplex	aaaa/mm/jj	☐ TAAN	☐ _____		☐	☐	☐	aaaa/mm/jj	
Vaginose bactérienne	aaaa/mm/jj	☐ Culture sécrétions vaginales	☐ Vaginal		☐	☐	☐	aaaa/mm/jj	
Candidose vulvovaginale	aaaa/mm/jj	☐ Culture sécrétions vaginales	☐ Vaginal		☐	☐	☐	aaaa/mm/jj	
M. Genitalium	aaaa/mm/jj	☐ TAAN	☐ Vaginal/Endocervical		☐	☐	☐	aaaa/mm/jj	
	☐ Urétral			☐	☐	☐	aaaa/mm/jj		
	☐ Urinaire			☐	☐	☐	aaaa/mm/jj		
Trichomonas	aaaa/mm/jj	☐ TAAN	☐ Vaginal/Endocervical		☐	☐	☐	aaaa/mm/jj	
	☐ Urinaire			☐	☐	☐	aaaa/mm/jj		
Signature et titre		Initiales	Signature et titre		Initiales	Signature et titre		Initiales	

Nom, prénom :

#Dossier :

RAISON DE SUIVI			
☐ Résultat de dépistage ☐ Visite de contrôle ☐ Autre(s) : _____			
COUNSELING POST-TEST – RÉSULTAT(S) POSITIF(S)			
☐ Annonce du/des résultat (s)		☐ Information sur la ou les infection(s) détectée(s)	
☐ Enseignement sur prise adéquate du traitement		☐ Prévoir une visite de contrôle	
☐ Manifestations cliniques et évolution possible		☐ Déclaration à la santé publique (MADO) ☐ Soutien pour la notification aux partenaires	
☐ Enseignement sur les effets secondaires du traitement		☐ Possibilité d'appel d'un intervenant de Santé publique	
☐ Mode de transmission et durée de la contagiosité		☐ Gratuité du traitement si RAMQ valide	
☐ Sensibilisation à l'importance de l'abstinence ou du port du condom du début à la fin de la relation sexuelle 7 jours post-traitement et disparition des symptômes			
☐ Partenaires à joindre afin qu'ils soient aussi traités (nom et # téléphone) :			
COUNSELING POST-TEST – RÉSULTAT(S) NÉGATIF(S)			
☐ Faire l'annonce des résultats		☐ Explication de la signification des résultats (période fenêtre, prise d'antibiotique)	
COUNSELING COMPORTEMENTS SÉCURITAIRES			
☐ Retour sur les facteurs de risque décelés (anciens, nouveaux)		☐ Retour sur le counseling préventif :	
☐ Dépistage à refaire si nouveau(x) facteur(s) de risque ou si nouveau(x) symptôme(s)		☐ Activités sexuelles à faible risque ☐ Utilisation systématique du condom	
☐ Documentation remise : _____		☐ Réduction des risques liés à la toxicomanie	
		☐ Circonstances favorisant la prise de risques	
TRAITEMENTS / INTERVENTIONS			
☐ Formulaire MADO AS-770 complété		☐ Poursuivre vaccination si indiquée, se référer au formulaire en vigueur	
☐ Initier l'ordonnance collective en vigueur si symptomatique			
Prescription infirmière, remise à l'usager, ou transmise à la pharmacie, joindre copie au dossier et se référer au PMN #628011			
☐ Selon guide usage optimal, pour infection confirmée à C. trachomatis ou à N. gonorrhoeae , M.Genitallium , T.vaginalis			
☐ Selon l'algorithme décisionnel , pour les partenaires sexuels asymptomatiques d'une personne ayant une infection confirmée à <i>C. trachomatis</i> ou à <i>N. gonorrhoeae</i>			
☐ Référence vers MD ou IPS lorsque traitement n'est pas possible (raison et nom du professionnel) : _____			
☐ Formulaire de communication en vigueur complété et acheminé, joindre copie au dossier			
☐ Orientation vers d'autres ressources : _____			
PLANIFICATION DU SUIVI			
Dépistage périodique chaque :		☐ 3 mois ☐ 6 mois ☐ 12 mois	
☐ Aucun suivi ou refuse suivi		☐ Entente sur les moyens de relance sans violation du secret professionnel: _____	
Préciser : _____		☐ Autre(s) suivi(s) : _____	
☐ Options de soutien discutées : _____			
Ressources ministérielles : Soutenir la personne atteinte d'une ITSS Sites internet à l'intention des usagers Entre caresses et baisers, une ITSS s'est faufilée... Il faut en parler			
Carte de notification Chlamydia / Gonorrhée Soutenir la personne atteinte du VIH			
NOTES COMPLÉMENTAIRES / PLAN POUR LA PROCHAINE VISITE			

Signature et titre : _____

Permis # _____

Date : aaaa/mm/jj