

Installation : _____

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

Date de naissance : _____ ☐ F ☐ M
AAAA-MM-JJ

NAM : _____ Exp. _____
AAAA-MM

Nom, Prénom de la mère : _____

PROTOCOLE POST AGRESSION SEXUELLE 14 ANS ET PLUS

Poids : _____ kg Taille : _____ cm

Allergies : _____ Clairance créatinine : _____ mL/min

INDICATION

Aggression sexuelle chez les usagers âgés de 14 ans et plus

Vérification de la présence de facteurs de risque de l'agresseur si connus

Facteurs de risques	OUI	NON	Ne sait pas
Relations sexuelles à risque (multiples partenaires, prostitution, homme ayant relation sexuelle avec homme (HARSAH))			
Utilisation de drogues injectables, intranasales avec partage de matériel			
Incarcération			
Diagnostic récent d'ITSS ou contacts avec source connue positive			
Provenance d'une région à forte endémicité pour VIH, VHB ou VHC : Caraïbes, Amérique Centrale, Amérique du Sud, Europe de l'Est, Afrique et Asie.			

Trousse médicolégale : ☐ Non ☐ Oui, le : _____, par le médecin _____
AAAA-MM-JJ HH : HH Prénom, nom

Vérifier les antécédents d'ITSS de l'usager

Antécédent : _____

Vérifier le statut vaccinal VHB et VPH

Résultat de dosage antérieur des Anti-HBs : _____

Usager immunisé : ☐ Non/inconnu ☐ Oui, VHB préciser le nombre de dose(s) reçue(s) : _____
☐ Oui, VPH préciser le nombre de dose(s) reçue(s) : _____

CONTRE-INDICATION

Aggression sexuelle chez les usagers de moins de 14 ans

LABORATOIRES ET EXAMENS

Bilans ITSS diagnostique selon les sites exposés

✓ PCR Chlamydia/Gonorrhée
☐ Col utérin ☐ Vagin ☐ Urine ☐ Anus ☐ Gorge
☐ Culture *Neisseria gonorrhoeae*
☐ Col utérin + ☐ Gorge + site(s) ☐ Anus + site(s)
site(s)

Autre : _____

Bilans sérologiques

✓ BHCG sérique ✓ ALT, FSC, créatinine ✓ Antigène HBs ✓ Hépatite C sauf si connu positif
✓ Syphilis ✓ VIH sauf si connu positif
✓ Anti-HBs sauf si dosage antérieur Anti-HBs de 10 UI ou plus, procéder au prélèvement

_____	_____	_____
Date et heure (aaaa/mm/jj)	Signature du prescripteur	# permis
☐ Envoyé par _____ (initiales)	Heure d'envoi : _____	Ordonnance relevée par : _____ (initiales)

PROTOCOLE POST AGRESSION SEXUELLE 14 ANS ET PLUS (SUITE)

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

Date de naissance : _____ ☐ F ☐ M
AAAA-MM-JJ

NAM : _____ Exp. _____
AAAA-MM

Nom, Prénom de la mère : _____

MÉDICATION

_____ Ceftriaxone 500 mg IM x 1 dose sur place (ceftriaxone 1 g IM x 1 dose si poids supérieur ou égal à 150 kg)

Initiales **ET**

_____ Doxycycline 100 mg PO BID x 7 jours (1 dose STAT sur place)

Initiales **OU**

En remplacement de doxycycline si grossesse, si allergie à doxycycline ou si doute de fidélité au traitement

_____ Azithromycine 1000 mg PO x 1 dose sur place

Initiales

En ajout à ceftriaxone et doxycycline (ou azithromycine) chez la femme

_____ Métronidazole 500 mg PO BID x 7 jours

Initiales

→ La prophylaxie post exposition (PPE) anti-VIH est généralement recommandée pour toute personne ayant subi une agression sexuelle, selon le type d'exposition (orale, vaginale et/ou anale), sauf dans les cas où il est peu probable que la source soit porteuse du VIH [Aide à la décision pour la prophylaxie postexposition anti-VIH](#)

_____ PPE anti-VIH requise : à débiter sur place si prescrit et remettre 1 trousse post-exposition

Initiales Remplir l'[OIP-757 Prophylaxie adulte postexposition au VIH](#)

→ Déterminer si immunisation contre l'hépatite B (VHB) requise. [Aide à la décision Hépatite B](#)

Si histoire de vaccination incomplète ou non disponible, administrer une dose de rappel.

_____ Vaccin VHB _____ mL IM au niveau du deltoïde x _____ doses

Initiales Se référer au Protocole d'Immunisation du Québec (PIQ) pour les doses recommandées

→ Si personne exposée non vaccinée VHB

Immunoglobulines contre l'hépatite B (HBIG) : 0,06 mL/kg IM (site d'injection distinct de celui du vaccin)

→ **Remplir** [AH-238-2 Demande à la banque de sang DT9079 | Intranet Santé Québec...](#)

Si non prescrites ou administrées, les immunoglobulines contre l'hépatite B (HBIG) pourront être administrées en médecine de jour après l'évaluation du risque lors du suivi en microbiologie-infectiologie

→ Déterminer si immunisation contre le VPH requise :

_____ Vaccin VPH : faire une prescription externe de Gardasil 9^{MC} et référer aux points de service locaux (PSL)

Initiales Se référer au PIQ pour les doses recommandées

→ Contraception orale d'urgence

_____ Levonorgestrel 1,5 mg PO x 1 dose (contraceptif oral d'urgence 1^{er} choix)

Initiales **OU**

_____ Ulipristal 30 mg PO x 1 dose (privilégier si IMC supérieur ou égal à 30 kg/m² et/ou si le temps écoulé depuis la relation sexuelle non protégée est supérieur à 72 h et inférieur ou égal à 120 h ou si moins de 36 heures avant ovulation)

Initiales

CONSULTATION

- ☒ Obtenir le consentement libre quant à la demande de consultation en microbiologie et la transmission de l'information pour le suivi médical ou IPS
- ☐ Microbiologie dans un délai de 14 jours (si PPE anti-VIH débutée ou exposition hépatite B non vaccinée avec source présumée)
- ☐ Remettre les demandes IVAC et/ou billet médical complétés par le médecin
- ☐ Transmettre avec [CLI-60731 Référence après une intervention dans un centre désigné en agression sexuelle](#)

_____	_____	_____
Date et heure (aaaa/mm/jj)	Signature du prescripteur	# permis
☐ Envoyé par _____ (initiales)	Heure d'envoi : _____	Ordonnance relevée par : _____ (initiales)