

A. Identification de la **personne source**¹

La recherche de facteurs de risque peut se faire par entrevue et par consultation du dossier médical par une autre personne que la personne exposée après avoir fait le counseling approprié.

Nom : _____ Prénom : _____ Sexe : ☐ masculin
 DDN : ____ / ____ / ____ Téléphone : _____ ☐ féminin
AAAA/MM/JJ
 RAMQ : _____
 Adresse : _____ Code postal : _____
 Téléphone maison : _____ Téléphone bureau : _____ Téléphone cellulaire : _____

Si la personne source est connue, mais que le questionnaire n'a pas été rempli, indiquez la raison : _____

B. Évaluation des facteurs de risque de la personne source

Il existe une période au cours de laquelle une personne peut être infectée par l'un ou l'autre des virus suivants : virus de l'hépatite B (VHB), virus de l'hépatite C (VHC) ou bien le virus d'immunodéficience humaine (VIH), et ce, sans qu'elle le sache. Pour cette raison, nous vous demandons - sur une base volontaire - de répondre au questionnaire suivant afin que nous puissions bien évaluer les risques pour la personne ayant été exposée à votre sang ou à d'autres liquides biologiques. Les renseignements sont confidentiels et ne seront pas divulgués à la personne exposée.

1. Depuis 1 an : Combien avez-vous eu de partenaires sexuels? : _____
 Avez-vous eu des relations sexuelles non protégées? ☐ Oui ☐ Non
2. Quel est le sexe de vos partenaires? ☐ Homme ☐ Femme ☐ Les deux
3. Avez-vous donné ou reçu de l'argent/drogue en échange de relations sexuelles? ☐ Oui ☐ Non
4. Avez-vous déjà utilisé ou utilisez-vous des drogues en partageant du matériel d'injection ou d'inhalation (seringue, cuillère paille nasale, pipe à crack, etc..)?
☐ Oui Si oui, à quand remonte le dernier partage? _____
☐ Non ☐ Inconnu
5. Avez-vous un ou des tatouages ou des perçages (body piercing) effectués dans des conditions non stériles?
☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu
6. Avez-vous déjà eu des traitements d'hémodialyse?
☐ Oui Si oui, en quelle année? _____
☐ Non
7. Êtes-vous né (e) à l'extérieur du Canada?
☐ Oui Si oui, dans quel pays? _____
☐ Non
8. Avez-vous reçu des produits sanguins entre 1978 et 1992?
☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu

¹ Afin d'éviter la violation du secret professionnel, ce questionnaire de même que le formulaire de consentement doivent être classés au dossier de la personne source.

B. Évaluation des facteurs de risque de la personne source (suite)

9. Avez-vous déjà eu, ou avez-vous actuellement un partenaire sexuel qui :

- A déjà fait une hépatite? (hépatite B ou hépatite C) ☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu
- Vit avec le VIH? ☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu

10. Au cours des 3 derniers mois, avez-vous eu des symptômes pouvant suspecter une primo-infection au VIH (rétrovirose aiguë)? :

- | | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|----------------------------------|
| • Fièvre > 38 °C avec fatigue intense et ganglions | ☐ Oui | ☐ Non | ☐ Inconnu |
| • Myalgie(<i>douleurs musculaires</i>) | ☐ Oui | ☐ Non | ☐ Inconnu |
| • Maux de gorge | ☐ Oui | ☐ Non | ☐ Inconnu |
| • Céphalée | ☐ Oui | ☐ Non | ☐ Inconnu |
| • Nausées | ☐ Oui | ☐ Non | ☐ Inconnu |
| • Diarrhée | ☐ Oui | ☐ Non | ☐ Inconnu |
| • Éruption cutanée(<i>rash, petits boutons roses ou rouges</i>) | ☐ Oui | ☐ Non | ☐ Inconnu |
| • Candidose buccale (<i>taches blanches</i>) ou ulcération des muqueuses | ☐ Oui | ☐ Non | ☐ Inconnu |

11. Êtes-vous infecté (e) par :

- Le virus de l'hépatite B (VHB)? ☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu
Date dernier dépistage : _____ / _____ / _____ Résultat : _____
AAAA/MM/JJ
- Le virus de l'hépatite C (VHC)? ☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu
Date dernier dépistage : _____ / _____ / _____ Résultat : _____
AAAA/MM/JJ
- Le virus d'immunodéficience humaine (VIH)? ☐ Oui ☐ Non
Date dernier dépistage : _____ / _____ / _____ Résultat : _____
AAAA/MM/JJ

Si oui, prenez-vous des médicaments antirétroviraux? ☐ Oui ☐ Non

- ☐ Si oui, lesquels? _____
☐ Quelle est votre charge virale? _____
☐ Quel est le nom de votre médecin traitant? _____
- Téléphone :** _____

Si non, avez-vous des symptômes compatibles avec la primo-infection au VIH? (voir symptômes décrits à la question 10) ☐ Oui ☐ Non

- Une autre ITSS (chlamydia, gonorrhée, syphilis) pour laquelle vous n'avez reçu aucun traitement?
- ☐ Oui Si oui, laquelle : _____
- ☐ Non

Renseignements recueillis auprès : ☐ de la personne source ☐ du dossier médical

Nom du professionnel ayant rempli le questionnaire (lettres moulées) :

Téléphone :

Signature : _____ Date : ____/____/____
AA/MM/JJ

C. Prélèvements sanguins chez la personne source (si applicable)

☐ Prélèvements faits : ☐ Non
☐ Oui : ☐ AgHBs ☐ anti-VHC ☐ anti-VIH ☐ ARN du VHC (anti-VHC + connu)
 Date : / / Heure : (0-24h)

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

A. Identification de la personne source

Nom : _____ Prénom : _____ Sexe : ☐ masculin
 DDN : ____ / ____ / ____ Téléphone : _____ ☐ féminin
AAAA/MM/JJ

RAMQ : _____

Adresse : _____ Code postal : _____

Téléphone maison : _____ Téléphone bureau : _____ Téléphone cellulaire : _____

B. Informations

Une personne a été en contact accidentellement avec votre sang ou d'autres liquides biologiques. Cet incident ne représente aucun risque pour vous. Cependant, si vous avez déjà été infecté dans le passé par l'hépatite B, l'hépatite C ou le VIH, cette personne est alors à risque de contracter une de ces maladies.

Afin de déterminer si cette personne est à risque de contracter une de ces maladies, nous devons évaluer la possibilité que vous ayez été infecté antérieurement par un de ces virus. La consultation de votre dossier médical, un questionnaire ainsi qu'un prélèvement sanguin peuvent aider grandement à évaluer cette possibilité.

Les informations recueillies permettront d'orienter le traitement et le suivi à envisager pour cette personne. Votre collaboration serait ainsi très utile et surtout très appréciée. Toutes ces informations demeureront confidentielles et seront strictement réservées à l'usage des professionnels de la santé responsables de l'évaluation et du suivi médical de la personne concernée.

C. Consentement

Je comprends que les informations recueillies, soit par la consultation de mon dossier médical, par un questionnaire ou bien par prélèvements sanguins, permettront aux professionnels de la santé, responsable de ce dossier d'évaluer la possibilité que j'aie été infecté dans le passé par l'hépatite B, l'hépatite C ou le VIH. Ces informations, traitées confidentiellement, ne serviront qu'à faciliter l'évaluation et le suivi médical de la personne ayant été exposée à mon sang ou à d'autres liquides biologiques.

J'autorise que l'on communique avec mon médecin traitant afin de remplir le questionnaire (si nécessaire)

☐ Oui ☐ Non

J'autorise que les informations et résultats obtenus dans le cadre de cet incident soient transmis, dans le respect de la confidentialité, au médecin responsable du suivi médical de la personne ayant été exposée à mon sang ou à d'autres liquides biologiques

☐ Oui ☐ Non

J'accepte que vous fassiez parvenir mes résultats à mon médecin traitant

☐ Oui ☐ Non

Dr. : _____ (Nom, Prénom)

D. Identification du professionnel qui fera le suivi des résultats des prélèvements sanguins

Nom du professionnel : _____ (Nom, Prénom)

E. Signature

Signature de l'utilisateur ou personne autorisée : _____ Date : ____ / ____ / ____
AAAA/MM/JJ

Témoin à la signature : _____ Date : ____ / ____ / ____
AAAA/MM/JJ