



Installation : _____

Dossier : _____

Nom, prénom : _____

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

NAM : _____ Exp. _____
aaaa/mm

Nom, prénom de la mère : _____

ÉVALUATION ET DÉPISTAGE ITSS CHEZ L'HOMME

Se référer au [Guide québécois de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang](#) ainsi qu'à la [RSI-6013 Encadrement de la pratique reliée aux ITSS](#) et les OC en vigueur.

IDENTIFICATION	
Raisons de la consultation : ☐ Dépistage ITSS Autre : _____	
Âge : _____ ans Parent(s) au courant de la démarche : ☐ Oui ☐ Non ☐ S/O Occupation : _____	
Accompagnateur présent : ☐ Oui ☐ Non Nom et lien : _____	
Moyen de communication pour divulgation de résultats/suivi : ☐ Courriel ☐ Téléphone ☐ Présentiel ☐ Autre : _____	
Coordonnées : _____	
Médecin/IPS traitant : _____ Coordonnées : _____	
Pays naissance (autre que Canada) : _____	Date d'arrivée : _____ ☐ Première Nation: _____

CONSENTEMENT
☐ Explications données sur les bénéfices, les risques et les implications (ex : ITSS positif implique une déclaration MADO)
☐ Consentement verbal obtenu à la suite d'une décision libre et éclairée

BILAN DE SANTÉ	
Problème de santé connu : ☐ Oui ☐ Non	
Antécédents médicaux : _____	
Antécédents familiaux : _____	
Immunosuppression : ☐ Oui ☐ Non	Immunisation à jour : ☐ Oui ☐ Non
Allergies et/ou intolérances : _____	☐ Validation dans SI-PMI
Antibiotiques dans les 3 derniers mois : ☐ Oui ☐ Non	Prise de médicaments : ☐ Oui ☐ Non
Date de fin traitement : _____ aaaa/mm/jj	Préciser : _____
Molécule et raison : _____	☐ Formulaire de collecte de données BCM complété

HISTORIQUE ITSS	
Coïtarche : _____ ans	
Date du dernier test de dépistage : _____ aaaa/mm/jj Diagnostic antérieur d'ITSS : ☐ Oui ☐ Non Date : _____ aaaa/mm/jj	
Préciser : _____	
Diagnostic antérieur d'écoulement urétral au cours des 6 derniers mois : ☐ Oui ☐ Non (si oui, référence MD/IPS)	
Nombre d'épisode : _____	
Intervention urologique au cours du dernier mois : ☐ Oui ☐ Non Préciser : _____	
Relation sexuelle non protégée (RSNP) : ☐ Oui ☐ Non Date : _____ aaaa/mm/jj	
Risques d'exposition par le sang ☐ S/O	
☐ Milieu de travail (référence à l'urgence)	☐ Tatouage/ perçage
☐ Greffe de tissus/Don d'organes*	(artisanal/milieu carcéral)
☐ Procédure (chirurgicale ou autre) impliquant l'utilisation de matériel contaminé* : _____	☐ Receveur de produits sanguins*
☐ Partage de matériel (injection/inhalation)	
*Exposition survenue dans un lieu à risque Préciser : _____	

HABITUDES DE VIE

Alimentation : _____		Activité physique : _____	
Tabac :	☐ Oui ☐ Non	Cigarettes/jour : _____	
Vapotage	☐ Oui ☐ Non	Quantité nicotine (mg/jour) : _____	
Drogue	☐ Oui ☐ Non	Type : ☐ Inhalable ☐ Intranasale ☐ Injectable ☐ Per OS ☐ Autres : _____	
	Préciser : _____	Qté et fréquence : _____	Dernière dose : _____
Alcool	☐ Oui ☐ Non	Type, qté, fréquence : _____	
Caféine	☐ Oui ☐ Non	Préciser : _____ Boisson énergisante : _____	
Sécurité du milieu de vie : ☐ Oui ☐ Non Relation familiale : ☐ S/O Violence : ☐ Physique ☐ Verbale ☐ Sexuelle ☐ Signalement DPJ ☐ Orientation vers le centre désigné de sa région pour l'intervention médico-légale si moins de 5 jours Consultation actuelle via un organisme ou professionnel : _____			
☐ Refus de répondre Préciser : _____			

Notes complémentaires**COLLECTE DE DONNÉES POUR DÉPISTAGE ITSS**

Dépistage : ☐ Nominatif ☐ Non nominatif Préciser : _____	
Nombre de partenaires sexuels dans les 2 derniers mois : _____ Dans la dernière année : _____ À vie : _____	
Pratiques(s) sexuelle(s) ☐ Orales : ☐ Avec condom ☐ Sans condom ☐ Vaginales : ☐ Avec condom ☐ Sans condom ☐ Anales : ☐ Avec condom ☐ Sans condom	Comportement(s) sexuel(s) ☐ Internet / application de rencontre ☐ Sauna/échangisme ☐ Partage de matériel sexuel (jouet) ☐ Carcéral ☐ Lien avec la prostitution (sexe en échange d'argent, etc.) Voyage : _____ Autre : _____
Caractéristiques des partenaires ☐ Sexe féminin ☐ Sexe masculin ☐ Autre : _____ ☐ Anonyme ☐ Originaire d'une région endémique : _____ ☐ HARSAH ☐ Utilisateur de drogue injectable ou par inhalation nasale avec partage de matériel ☐ Travailleur(euse) du sexe ☐ Partenaire atteint d'une ITSS, préciser : _____ ☐ Milieu carcéral	
Relation(s) sexuelles consentie(s) : ☐ Oui ☐ Non (parfois/jamais) Préciser : _____ ☐ Refus de répondre Préciser : _____	

Notes complémentaires**ÉVALUATION DES SIGNES ET SYMPTÔMES D'ITSS**

Présence de signes et symptômes pouvant suggérer la présence d'une ITSS : ☐ Oui ☐ Non	
☐ Écoulement urétral	☐ Troubles urinaires
☐ Jaunisse	☐ Éruption cutanée
☐ Symptômes grippaux / Fièvre	☐ Douleur aux organes génitaux/anal
☐ Fatigue inhabituelle et incapacitante	☐ Lésion aux organes génitaux/anal
☐ Douleur abdominale	☐ Douleurs articulaires inhabituelles
	☐ Ganglions palpables
	Autre : _____

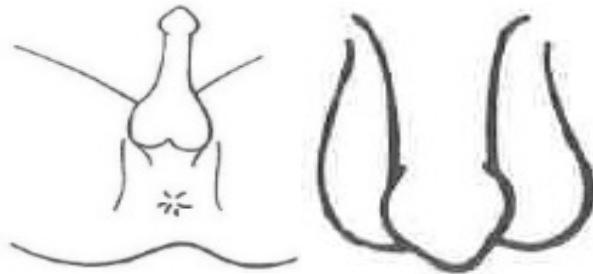
SOMMAIRE DE L'ÉVALUATION ET INTERVENTIONS DES FACTEURS DE RISQUES ITSS

Facteurs de risques identifiés : ☐ Aucun ☐ Sanguin ☐ Sexuel		☐ Dépistage (voir formulaire en vigueur)
☐ Dépistage asymptomatique selon activités infirmières autorisées		
☐ Dépistage symptomatique selon OC en vigueur		
Contre-indication : ☐ Amorce du traitement ☐ Référence au médecin/IPS		
☐ Immunisation : administration de vaccins, se référer au formulaire d'immunisation AS-624 et au PIQ		

Notes complémentaires

#Dossier : []

ÉVALUATION PHYSIQUE				
TA : ____/____ mmHg	Pouls : ____/min	Respiration : ____/min	Saturation : ____%	Température : ____ °C
Poids : ____ lb	Taille : ____ cm	IMC : ____	☐ S/O Préciser : _____	

EXAMEN GÉNITAL		☐ S/O
Étape 1 : Inspection des organes génitaux externes Pénis : _____ Gland (rétracter le prépuce PRN) : _____ Méat urinaire : _____ Région périanale : _____		
Étape 2 : Palpation : Ganglions de la région inguinale : _____ Scrotum : _____ Testicules et épididyme : _____		
Autres observations : _____ _____ _____ _____		

[illegible]

PLANIFICATION DU SUIVI	
☐ Modalités assurant la confidentialité de la déclaration obligatoire (MADO)	☐ Référé pour RDV vaccination
☐ Importance de la notification aux partenaires en présence d'une ITSS positive	
Rendez-vous planifié (au besoin) : _____	☐ Suivi avec médecin ou IPS prévu : _____
☐ CLSC : _____	☐ École : _____
☐ Relance téléphonique (au besoin) :	☐ Autre : _____