

**DÉPISTAGE  
ET  
PRÉVENTION DES ITSS**

- Secteur La Source  
 Secteur Orléans  
 Secteur Haute St-Charles

Cette case doit contenir :  
No dossier, Nom et prénom, Date de naissance (aaaa-mm-jj).

**Modalités de dépistage :**  **Nominatif**  **Non nominatif**  **Non nominatif : référer à l'équipe SIDEP<sup>(1)</sup>**

**1. Données sociodémographiques**

- 1.1 Date de naissance (aaaa/mm/jj) : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ou âge : \_\_\_\_
- 1.2 Sexe :  M  F  Inconnu  Transsexuel F-H  Transsexuel H-F
- 1.3 Pays de naissance  Canada Cochez si : Premières Nations  Inuit  ou Métis   
 Autre, précisez pays : \_\_\_\_\_ Année d'arrivée au Canada : \_\_\_\_\_
- 1.4 Travailleur, précisez (Titre d'emploi, lieu de travail) : \_\_\_\_\_  
 Étudiant, précisez (École ou programme) : \_\_\_\_\_

<sup>(1)</sup> **Service intégré de dépistage et de prévention (SIDEP)**

**2. Raisons de la consultation (Vous pouvez cocher plus d'une case)**

- Demande d'information**
- Demande de dépistage**
- VIH
- ITS (infection à Chlamydia trachomatis, infection gonococcique ou syphilis)
- Hépatite B
- Hépatite C
- Demande de vaccination**
- Hépatite A
- Hépatite B
- Autre, précisez : \_\_\_\_\_
- Demande pour contraception**
- Référé par :**
- Autre CSSS  CH  Info-Santé  Direction de santé publique
- Clinique médicale privée, précisez : \_\_\_\_\_
- Organisme communautaire, précisez : \_\_\_\_\_
- S'il y a lieu, inscrivez le nom et le titre (médecin, infirmière ou autre) de l'intervenant qui a orienté la personne
- \_\_\_\_\_
- Autres raisons de consultation, précisez :** \_\_\_\_\_

### 3. Signes et symptômes

#### Présence de signes ou symptômes pouvant suggérer la présence d'une ITSS

- Oui** (*orientez pour évaluation médicale*)       **Non**       **Ne sait pas**
- Pertes vaginales inhabituelles (femme) ou écoulement urétral (homme) (ex. : infection à Chlamydia trachomatis, infection gonococcique).
  - Lésions aux organes génitaux (ex. : herpès, condylomes, syphilis)
  - Éruption cutanée (ex. : syphilis)
  - Douleur abdominale ou pelvienne (ex. : salpingite, inflammation pelvienne chronique, hépatite, grossesse ectopique)
  - Douleur aux organes génitaux (ex. : bartholinite, épидидymite, herpès)
  - Jaunisse (ex. : hépatite)
  - Fatigue inhabituelle incapacitante, fièvre, autre symptôme systémique (ex. : hépatite, infection par le VIH)
  - Troubles urinaires (ex. : herpès, infection à Chlamydia trachomatis, infection gonococcique)
  - Troubles menstruels (spotting, douleurs inhabituelles, retard, etc.) (ex. : grossesse ectopique)
  - Douleurs articulaires inhabituelles (ex. : arthrite gonococcique, syndrome de Reiter)
  - Autre(s), précisez : \_\_\_\_\_

### 4. Antécédents cliniques

#### 4.1 Prise d'antibiotiques durant le dernier mois

- Oui, précisez antibiotique : \_\_\_\_\_ Date de fin de traitement : (aaaa/mm/jj) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

#### 4.2 Antécédents d'allergie : Oui, précisez : \_\_\_\_\_ Non Ne sait pas

#### 4.3 Antécédents de transfusion de sang ou d'administration de produits sanguins :

- Oui → Précisez la ou les dates (aaaa/mm si disponible) : (1)\_\_\_\_/\_\_\_\_ (2)\_\_\_\_/\_\_\_\_ (3)\_\_\_\_/\_\_\_\_

- Lieu :  Québec  Ailleurs au Canada  À l'extérieur du Canada (précisez pays) : \_\_\_\_\_

- Non  Inconnu

#### 4.4 Grossesse (explorez la possibilité de grossesse chez la personne ou sa partenaire)

- S'agit-il d'une femme enceinte ?  Oui, Beta HCG ⊕ le (aaaa/mm/jj) : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  Non  Ne sait pas

Femme

Date des dernières menstruations (aaaa/mm/jj) : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
G\_\_\_\_P\_\_\_\_A\_\_\_\_

#### Moyen de contraceptif utilisé

- Contraceptifs oraux  Stérilet
- Méthodes barrières (condoms, diaphragme, etc.)
- Autre (précisez) \_\_\_\_\_
- Aucun

#### Antécédents d'interruption volontaire de grossesse (IVG)

- Oui : nombre : \_\_\_\_  
date de la dernière (aaaa/mm/jj) : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

- Non  Refus de répondre

Homme

Grossesse actuelle chez une partenaire

- Oui
- Non
- Ne sait pas

- 4.5 Antécédents d'ITSS :**  **Oui** (cochez laquelle ou lesquelles)  Non  Ne sait pas
- Infection à Chlamydia trachomatis  Infection par VPH  ITS non précisée  Hépatite C
- Infection gonococcique  Herpès génital  Hépatite A  Hépatite non précisée
- Syphilis  Infection par le VIH  Hépatite B  Autre : \_\_\_\_\_

4.6 Dépistage antérieur et résultat de la dernière analyse				Si connu, date dernier dépistage (an/mois)	Inscrivez le résultat de la dernière analyse		
	Positif	Négatif	Inconnu				
Infection à Chlamydia Trachomatis	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> NSP	<input type="checkbox"/> Oui	____/____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infection Gonococcique	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> NSP	<input type="checkbox"/> Oui	____/____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Syphilis	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> NSP	<input type="checkbox"/> Oui	____/____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hépatite B	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> NSP	<input type="checkbox"/> Oui	____/____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hépatite C	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> NSP	<input type="checkbox"/> Oui	____/____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infection par le VIH	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> NSP	<input type="checkbox"/> Oui	____/____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

  

4.7 Vaccination antérieure				Nombre de dose	Inscrivez la date de la dernière dose
					Année/mois/jour
Hépatite B	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> NSP	<input type="checkbox"/> Oui	_____	____/____/____
Hépatite A	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> NSP	<input type="checkbox"/> Oui	_____	____/____/____
Hépatite A et B	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> NSP	<input type="checkbox"/> Oui	_____	____/____/____
D <sub>2</sub> T <sub>5</sub> ou Dcat	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> NSP	<input type="checkbox"/> Oui	_____	____/____/____
VPH	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> NSP	<input type="checkbox"/> Oui	_____	____/____/____

## 5. Comportements sexuels

- 5.1 Partenaire(s) sexuel(s) :**  Homme  Femme  Homme et femme
- 5.2 Pratiques sexuelles :**  Orales  Vaginales  Anales  
 Autre(s) (ex. : échange d'objets sexuelles) : \_\_\_\_\_
- 5.3 Utilisation du condom :**  Toujours  À l'occasion  Jamais Dernière relation non protégée : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 (aaaa/mm/jj)
- 5.4 Nombre de partenaires sexuels :** 2 derniers mois : \_\_\_\_ dernière année : \_\_\_\_ à vie :  <5  entre 5 et 10  >10
- 5.5 Information sur les partenaires sexuels récents**

Partenaire sexuel avec ITSS (*infection à Chlamydia trachomatis, infection gonococcique, syphilis, herpès, condylomes, infection par le VIH, hépatite*)

Oui, précisez \_\_\_\_\_  Non  Ne sait pas

Partenaire à risque (UDI, HARSAH, travailleur(euse) du sexe ou client(e), multiples partenaires, partenaires à l'extérieur du Québec)

Oui, précisez \_\_\_\_\_  Non  Ne sait pas

### 5.6 Lien avec la prostitution

Avoir reçu de l'argent, de la drogue ou des cadeaux en échange de relations sexuelles

Oui  Non  Refus de répondre  Non demandé

Avoir donné de l'argent, de la drogue ou des cadeaux en échange de relations sexuelles

Oui  Non  Refus de répondre  Non demandé

**5.7 Relations sexuelles dans un sauna ou un club échangiste**

Oui  Non  Refus de répondre  Non demandé

Si oui, précisez la ville où était situé le sauna ou le club échangiste : \_\_\_\_\_

**5.8 Relations sexuelles avec une personne résidant à l'extérieur du Québec** (ex. : lors d'un voyage, avec un autre touriste ou un résidant ou, au Québec, avec une personne qui ne réside pas au Québec)

Oui  Non  Refus de répondre  Non demandé

Si oui, précisez : Date (année/mois) : \_\_\_\_/\_\_\_\_

Lors d'un voyage ?  Oui, précisez le pays/ville  Non

Pays/ville de résidence de cette personne : \_\_\_\_\_

Commentaires sur les comportements sexuels, s'il y a lieu :  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**5.9 Relations sexuelles avec un partenaire rencontré via un site Internet (dernière année)**

Oui, préciser le nombre de partenaires rencontrés : \_\_\_\_\_ Sites Internet fréquentés : \_\_\_\_\_

Non  Inconnu

**6 Habitudes de vie liées au risque de transmission d'infections par voie sanguine**

**6.1 Consommation de drogues au cours de la dernière année**

Oui  Non  Refus de répondre  Non demandé

Si oui, précisez :  Marijuana (pot), haschich  Cocaïne  Crack

Ecstasy  Stéroïdes  Héroïne

Autre, précisez : \_\_\_\_\_

Mode de consommation :  Injection  Inhalation  Voie orale  Autre

Partage de matériel de consommation de drogue :  Jamais  Parfois  Régulièrement

**6.2 Injection de drogues au cours de la vie, même une seule fois**

Oui  Non  Refus de répondre  Non demandé

**6.3 Tatouage, perçage**

Oui  Non  Refus de répondre  Non demandé

Si oui, précisez :  Dans un salon professionnel  Par des amis/artisanal  En milieu carcéral

**6.4 Séjour en milieu carcéral**

Oui  Non  Refus de répondre  Non demandé

Commentaires s'il y a lieu : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**6.5 Exposition accidentelle ou professionnelle au sang ou à un liquide biologique à risque de transmission du VIH, du VHC ou du VHB** (Recherche exposition, ex. : au travail)

Oui  Non  Non demandé

Si oui, précisez les circonstances, le type d'exposition, la date, les mesures préventives, etc. :  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## SOMMAIRE DE L'ÉVALUATION DES FACTEURS DE RISQUE

- Aucun facteur de risque décelé     Risque de transmission sexuelle     Risque de transmission sanguine  
 Autre problème décelé (précisez) : \_\_\_\_\_

## ÉVALUATION DU CONTEXTE DE L'INTERVENTION

Estimation du degré d'aisance de la personne :     À l'aise     Mal à l'aise     Très mal à l'aise

Réseau social, soutien : \_\_\_\_\_

Autoévaluation de son risque de contracter une ou des ITSS :     Faible     Modéré     Élevé

## COMMENTAIRES INCLUANT RÉACTIONS PRÉVISIBLES À UN RÉSULTAT POSITIF

---

---

---

## 7 Intervention réalisée

### 7.1 Information donnée sur :

- ITSS et leurs modes de transmission  
 Comportements sexuels sécuritaires  
 Conseils préventifs UDI (réduction des méfaits)  
 Counseling pré-test  
 Vaccination  
 Contraception
- Ressources disponibles
- Référence médicales : \_\_\_\_\_
- Autre : précisez \_\_\_\_\_

### 7.2 Matériel de prévention remis

- Condoms  
 Matériel d'injection stérile  
 Information écrite (précisez s'il y a lieu)

---

---

- Autre (précisez s'il y a lieu)

---

---

### 7.3 Premiers soins administrés (si pertinent)

- Soins de plaie     Conseils d'hygiène     Autre (précisez) : \_\_\_\_\_

### 7.4 Intervention de contraception (si pertinent)

- Conseils
- Contraception orale d'urgence (COU) sur ordonnance médicale collective (précisez indications, médicament et dose)
- 
- Administration d'un contraceptif injectable sur ordonnance médicale individuelle (précisez nom et dose)

Nom du médecin prescripteur : \_\_\_\_\_

- Autres (précisez) : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_    Date : \_\_\_\_\_

## 7.5 Intervention de dépistage

## Résultat du dépistage

ITSS Recherchée	Cons. Verbal *	Initiales	Date du prélèvement Année/mois/jour	Type d'analyse	Site ou nature du prélèvement
Infection à Chlamydia trachomatis	<input type="checkbox"/>		___/___/___	<input type="checkbox"/> TAAN <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> Détection antigénique	<input type="checkbox"/> Urine <input type="checkbox"/> Col <input type="checkbox"/> Urètre
Infection gonococcique	<input type="checkbox"/>		___/___/___	<input type="checkbox"/> Culture <input type="checkbox"/> TAAN <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> Urine <input type="checkbox"/> Col <input type="checkbox"/> Urètre <input type="checkbox"/> Gorge <input type="checkbox"/> Anus
Syphilis	<input type="checkbox"/>		___/___/___	<input type="checkbox"/> Analyse non tréponémique <input type="checkbox"/> Analyse tréponémique	Sang
Hépatite B	<input type="checkbox"/>		___/___/___	<input type="checkbox"/> HbsAg	<input type="checkbox"/> Sang
Hépatite C	<input type="checkbox"/>		___/___/___	<input type="checkbox"/> Anti-VHC	<input type="checkbox"/> Sang
Infection par le VIH	<input type="checkbox"/>		___/___/___	<input type="checkbox"/> Anti-VIH	<input type="checkbox"/> Sang
Autre : _____	<input type="checkbox"/>		___/___/___	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____

Résultat : inscrire le résultat pour chaque site de prélèvement s'il y a lieu				Date de réception du résultat Année/mois/jours	Résultat Transmis *** à la personne – Date Année/mois/jour	Initiales
Positif	Négatif	Ind. **	À venir			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___/___/___	<input type="checkbox"/> ___/___/___	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___/___/___	<input type="checkbox"/> ___/___/___	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Titre : _____				___/___/___	<input type="checkbox"/> ___/___/___	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___/___/___	<input type="checkbox"/> ___/___/___	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___/___/___	<input type="checkbox"/> ___/___/___	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

<sup>1</sup> Test d'amplification des acides nucléaires (TAAN)

\* Cons. Verbal : consentement verbal

\*\* Ind. : Indéterminé

\*\*\* Cochez si le résultat a été transmis et inscrivez la date à laquelle le résultat a été transmis ainsi que les initiales de l'intervenant qui a transmis ce résultat.

Source : Guide québécois de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang