

Secteur La Source
Secteur Orléans
Secteur Haute St-Charles

VISITE DE SUIVI DÉPISTAGE ET PRÉVENTION DES ITSS

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

Raison(s) du suivi :

Résultat de dépistage

Suivi de vaccination

Consultation pour un nouveau dépistage

Autre : précisez : _____

9. Suivi du dépistage Résultats des analyses à des fins de dépistage

9.1 Counseling post-test – Résultat(s) positif(s)

Explications sur la signification des résultats
Incluant les limites des analyses

Information sur la ou les infection(s)
détectée(s)

Sensibilisation à l'importance de l'examen
médical

Révision des facteurs de risque

Conseils préventifs adaptés aux facteurs de
risque décelés

Intervention d'hémohistovigilance (cas d'infection par le VIH, hépatite C et syphilis infectieuse)

Recherchez des antécédents de don/réception de sang, tissus ou organe

Avisez de s'abstenir de tout don de sang, de tissus et d'organes

1. Dans les 12 derniers mois, avez-vous donné du sang ?	Oui	Non
2. Depuis 1982, avez-vous donnée du sang ?	Oui	Non
Depuis 1982, avez-vous fait don d'organes, de cellules (moelle osseuse ou autres), de tissus (cornée, os, peau, valve cardiaque) ou de sperme ?	Oui	Non
4. Avez-vous déjà reçu une ou plusieurs transfusions sanguines ou d'autres produits sanguins ?	Oui	Non
Avez-vous déjà eu une transplantation d'organes, de cellules (moelle osseuse ou autres) de tissus (cornée, os, peau, valve cardiaque) ou des inséminations artificielles ?	Oui	Non

Dans le cas des ITS bactériennes pouvant être traitées par antibiotiques

Sensibilisation à l'importance de la fidélité au traitement

Sensibilisation à l'importance d'éviter les relations sexuelles ou d'avoir des relations protégées jusqu'à sept jours après la prise d'une dose unique ou jusqu'à la fin d'un traitement de sept jours et plus.

Intervention préventive auprès des partenaires (IPP)

Sensibilisation à l'importance de la démarche pour lui-même et ses partenaires

Présentation des différentes options de soutien possible

Offre de soutien pour l'intervention préventive auprès des partenaires (IPP) : Accepte Refuse Non offerte

Orientation vers le service régional IPP : Accepte Refuse Non offerte

9.2 Counseling post-test – Résultat(s) négatif(s)

Explication de la signification des résultats

Révision des facteurs de risque

Conseils préventifs adaptés aux facteurs de risque décelés

Évaluation de la possibilité de résultat faussement négatif (période fenêtre) et de la pertinence d'effectuer un dépistage ultérieur :

Recommandé

Non recommandé

10. Orientation vers une autre ressource pour suivi

Oui

Aucune orientation formelle

Refus

Si oui, raison :

Résultat d'analyse positif

Présence de signes ou symptômes

Autre problème décelé : _____

Organisme, professionnel ou autre intervenant vers qui la personne a été dirigée (*Préciser*)

Clinique médicale privée

CH

Autre service du CSSS

Autre CSSS (précisez CSSS)

Organisme communautaire

Ressource spécialisée en toxicomanie

N.B. Il est recommandé d'utiliser un formulaire *d'orientation pour suivi médical ou pour suivi psychosocial* afin de faciliter la continuité des soins. Joindre une copie des rapports d'analyse de biologie médicale au formulaire. Mettre une copie du formulaire complété au dossier.

Commentaires sur la visite de suivi

Signature : _____ Date : _____