

INTERVENTION PRÉVENTIVE RELATIVE AUX INFECTIONS
TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT ET PAR LE SANG (ITSS)

VISITE INITIALE ET COUNSELING PRÉTEST

Identification du patient

Raison de la consultation :

DEMANDEZ

- Sexe du patient Homme Femme Âge : _____ Pays de naissance : _____
• Antécédents d'ITSS Non Oui Précisez infection(s) et date(s) _____
• Date du dernier dépistage : _____ Résultat : _____
• Vaccination contre l'hépatite B Non Oui : nombre de doses _____ date dernière dose _____
Vaccination contre l'hépatite A Non Oui : nombre de doses _____ date dernière dose _____
Vaccination contre le VPH Non Oui : nombre de doses _____ date dernière dose _____
• Sexe des partenaires Homme(s) Femme(s) Les deux
• Nombre de partenaires sexuels au cours des deux derniers mois : _____ dernière année : _____
• Utilisation du condom Systématique Occasionnelle Jamais Ne pratique pas l'activité Autre méthode barrière (précisez)
Relations vaginales
Relations anales
Relations orales
• Milieu : Saunas Milieu de la rue Milieu carcéral Travailleur(euse) du sexe Autre (précisez) _____
• Caractéristiques des partenaires : Anonymes Travailleurs(euses) du sexe (client(e)) Originaire(s) d'une région endémique
 Partenaire atteint d'une ITSS (précisez) : _____ Autre (précisez) _____
• Antécédents comportant un risque d'exposition sanguine
 Exposition sanguine en milieu de travail Tatouage ou perçage dans des conditions non stériles
 Transfusion de sang ou autres produits sanguins Greffe de tissus ou réception d'organes
 Procédure (chirurgicale ou autre) impliquant l'utilisation de matériel contaminé
Précisez : _____
• Utilisation de drogues (actuelle/antécédents)
 Non Oui Précisez drogue(s) _____ dernière consommation : _____
Précisez voie d'utilisation : intraveineuse intra nasale orale
• FEMME DDM : _____ Enceinte actuellement : _____ IVG antérieure : _____ HOMME Partenaire enceinte
 Maladies connues OU Allergies OU Médication récente
Précisez : _____
• Présence de signes ou symptômes Non Oui (évaluez la pertinence d'un traitement empirique)
Précisez : _____

Examen physique :

Impression diagnostique :

DÉPISTAGE ET VACCINATION

- ITSS à dépister en fonction des risques décelés Réactions du patient à l'éventualité de résultats positifs et négatifs
 ITSS qui ne font pas l'objet d'un dépistage Importance de la notification aux partenaires en présence d'une ITSS
 Types de prélèvements à effectuer Modalités assurant la confidentialité et la déclaration obligatoire
 Signification des résultats et limites des tests Vaccination selon indications du Protocole d'immunisation du Québec

COMPORTEMENTS PLUS SÉCURITAIRES

- Utilisation systématique et adéquate du condom Circonstances favorisant la prise de risques (alcool, drogues, lieux de rencontre...)
 Activités sexuelles à risques réduits Réduction des risques liés à la toxicomanie

PERCEPTION DU RISQUE ET INTENTION D'ADOPTER UN COMPORTEMENT PLUS SÉCURITAIRE

LE PATIENT N'EST PAS PRÊT À CHANGER

- Explorez les pour et les contre

 Négociez d'en rediscuter

LE PATIENT EST PRÊT À ESSAYER

- Négociez un plan d'action
 Convenez d'objectifs de réduction de risques à court terme
 Évaluez les barrières à l'atteinte des objectifs fixés
 Incitez le patient à trouver des pistes de solutions
 Déterminez le besoin de référence à une ressource pour un soutien

DISCUTEZ

DONNEZ

- Documentation : _____ Tests : _____
 Vaccination : _____ Traitement empirique si indiqué : _____
 Moyens de relance sans bris de confidentialité : _____
 R-V de suivi : _____ Référence à une ressource : _____

Signature : _____ Date : _____ Heure : _____