

STRUCTURE :
LIEU :

DATE :/...../.....
COMMUNE :

GENERALITES

Sexe Homme Femme Trans H→F Trans F→H
 Date de naissance :/...../..... ou Age : Code postal lieu de vie :
 Pays de naissance : Nationalité :
 Source principale de revenu : Aucune Aides diverses Activité rémunérée (salaire, job...)
 Autres Précisez.....
 Difficultés accès aux soins [⚠] Oui Non

SEXUALITE

Nombre de partenaires différents au cours des 6 derniers mois : ≤ 1 de 2 à 5 > 5

Rapports sexuels :

Avec des hommes Oui Non
 Avec des femmes Oui Non
 En groupe Oui Non
 Avec échange d'argent ou de service Oui Non
 Avec consommation de produits psychoactifs Oui Non

Si oui, s'agit-il d'un usage récréatif ou régulier Produit(s) à préciser :

INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES (IST)

Avez-vous eu une IST durant ces 2 dernières années Oui Non Ne sait pas
Si oui, Laquelle : Syphilis Chlamydia Gonocoque
 Ne sait pas Autre (préciser).....
Si oui, partenaire(s) dépisté(e)(s) à cette occasion ? Oui Non Ne sait pas
Si oui, Avez-vous bénéficié d'un dépistage VIH [⚠] Oui Non Ne sait pas

OUTILS DE REDUCTION DES RISQUES

Comment estimez-vous vos pratiques sexuelles en termes de risque

Risque nul Risque faible Risque moyen Risque élevé

Date du dernier rapport sans préservatif et potentiellement à risque [⚠]

< 48h 24h à 6 semaines 6 semaines à 3 mois > 3 mois

Avez-vous déjà bénéficié d'un traitement post exposition (TPE /PEP) [⚠] Oui Non

Si oui, combien de fois durant les 2 dernières années 0 ≥ 1

Etes-vous actuellement sous PrEP ? Oui Non

Etes-vous vacciné contre l'Hépatite B ? Oui Non Ne sait pas

Utilisation du préservatif Systématique Occasionnelle Jamais

DEPISTAGE Hépatite C (VHC)

Avez-vous déjà été dépisté pour l'Hépatite C (VHC) (sérologie, TROD...) Oui ⚠ Non Ne sait pas

DEPISTAGE VIH

Premier dépistage VIH (sérologie, TROD...) Oui Non Ne sait pas

Si non, premier TROD VIH Oui Non Ne sait pas

Si non, Combien de dépistage durant ces 2 dernières années ? 0 ≥ 1

Si ≥ 1, modalités du dernier dépistage à préciser :

Dans un laboratoire sur prescription médicale Dans un laboratoire sans ordonnance (VIH Test)

Dans un CeGIDD Dans une association Avec un autotest VIH

Principaux motifs du dépistage (cochez 2 cases maximum)

Symptômes (VIH - IST) Connaître/contrôler son statut Rapports sans préservatif et potentiellement à risque ⚠

Accident de préservatif ⚠ Changement de partenaire Désir d'enfant

IST chez partenaire Doute sur statut partenaire ⚠ Avant arrêt préservatif avec partenaire régulier

Rapport sous contraintes ⚠ Autres (précisez) :

SOUHAITEZ-VOUS FAIRE UN TROD CE JOUR ? Oui Non ⚠

Si oui, le(s)quel(s) : VIH VIH/Syphilis ⚠ VHC Ag HBs (VHB)

POUR ALLER PLUS LOIN ⚠

Résultat TROD réalisé(s) VIH + VIH - VIH indéterminé Syphilis + Syphilis - Syphilis indéterminé

VHC+ VHC- VHC indéterminé AgHBs+ AgHBs - AgHBs indéterminé

Orientation et accompagnement

Circuit hospitalier (SMIT CHU/PAP ou CHG St Martin, CeGIDD CHBT)

Médecin généraliste Autres :

Accompagnement de la structure souhaité par la personne qui bénéficie du TROD

Accompagnement téléphonique Accompagnement physique

Aucun Autres :

Remise d'un autotest Oui Non

Si oui pour quel usage: un contrôle ultérieur pour mon partenaire Autre (préciser).....