



# Sida, page 1

## Déclaration de résultats d'analyses cliniques

S.v.p. à renvoyer rempli d'ici une semaine au médecin cantonal (pas directement à l'OFSP).<sup>a</sup>

**Patient/e** (si le diagnostic HIV<sup>b</sup> est concomitant avec le diagnostic de SIDA: indiquer uniquement, dans cette partie, le sexe et la date de naissance)

Code élaboré à partir du prénom<sup>c</sup>: \_\_\_\_ date de naissance: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ genre:  f  m  trans (MtF)<sup>d</sup>  trans (FtM)<sup>d</sup>  VDS<sup>d</sup>

NPA/domicile: \_\_\_\_\_ canton: \_\_\_\_\_ pays de résidence, si pas CH: \_\_\_\_\_

Nationalité:  CH  autre: \_\_\_\_\_

Grossesse en cours?  oui  non

En cas de décès: date du décès: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Le patient participe-t-il à l'Etude suisse de cohorte VIH (SHCS)?  oui  non  inconnu  en vue

### Diagnostic et manifestation

#### Données de laboratoire

Diagnostic du VIH: Quand le test VIH a-t-il été positif pour la première fois (mois/année)? \_\_\_\_/\_\_\_\_

Dernier nombre de cellules T CD4 avant ou lors du diagnostic de sida: \_\_\_\_ / mm<sup>3</sup> date du prélèvement de l'échantillon (mois/année) \_\_\_\_/\_\_\_\_

Virémie (copies ARN viral) avant ou lors du diagnostic de sida: \_\_\_\_ / ml date du prélèvement de l'échantillon (mois/année) \_\_\_\_/\_\_\_\_

Résistance contre des médicaments antirétroviraux: Un test a-t-il été fait?  oui  non  inconnu

Si oui, des résistances, déterminantes dans le choix du traitement, ont-elles été mises en évidence?  oui  non  inconnu

#### Données sur les manifestations

Maladie révélatrice du sida <sup>e</sup>	Diagnostic déf. prés. <sup>f</sup>	Date (mois/année)	Maladie révélatrice du sida <sup>e</sup>	Diagnostic déf. prés. <sup>f</sup>	Date (mois/année)
Pneumonie bactérienne, récidivante (seulement si ≥13 ans)	<input type="checkbox"/>	____/____	<i>Mycobacterium avium</i> complex ou <i>M. kansasii</i> disséminé (ni poumons ni peau)	<input type="checkbox"/> p.a.	____/____
Candidose, pulmonaire	<input type="checkbox"/> p.a.	____/____	<i>M. tuberculosis</i> , extrapulmonaire	<input type="checkbox"/> p.a.	____/____
Candidose, œsophagienne	<input type="checkbox"/>	____/____	<i>M. tuberculosis</i> , pulmonaire (seulement si ≥13 ans)	<input type="checkbox"/>	____/____
Encéphalopathie à VIH	<input type="checkbox"/> p.a.	____/____	<i>Mycobactériose</i> (autre espèce ou espèce indéterminée), disséminée	<input type="checkbox"/>	____/____
Syndrome cachectique à VIH	<input type="checkbox"/> p.a.	____/____	Pneumonie à <i>Pneumocystis jirovecii</i>	<input type="checkbox"/>	____/____
<i>Herpes simplex</i> : ulcération chronique (>1 mois) ou pneumonie ou œsophagite	<input type="checkbox"/> p.a.	____/____	Leucoencéphalite multifocale progressive	<input type="checkbox"/> p.a.	____/____
Histoplasmosse extrapulmonaire	<input type="checkbox"/> p.a.	____/____	Septicémie récidivante à salmonelles non typhoïdiques	<input type="checkbox"/> p.a.	____/____
Isosporiase, diarrhée (>1 mois)	<input type="checkbox"/> p.a.	____/____	Toxoplasmose, cerveau	<input type="checkbox"/>	____/____
Sarcome de Kaposi	<input type="checkbox"/>	____/____	Carcinome, invasif du col utérin	<input type="checkbox"/> p.a.	____/____
Coccidioïdomycose extrapulmonaire	<input type="checkbox"/> p.a.	____/____	Cytomégalie (autre localisation que le foie, la rate ou les ganglions lymphatiques)	<input type="checkbox"/> p.a.	____/____
Cryptococcose, extrapulmonaire	<input type="checkbox"/> p.a.	____/____	Cytomégalie rétinienne avec perte d'acuité visuelle	<input type="checkbox"/>	____/____
Cryptosporidiose, diarrhée (>1 mois)	<input type="checkbox"/> p.a.	____/____			
Lymphome, Burkitt (ou désignation analogue)	<input type="checkbox"/> p.a.	____/____	<b>Enfants au-dessous de 13 ans (supplément):</b>		
Lymphome, immunoblastique (ou désignation analogue)	<input type="checkbox"/> p.a.	____/____	Infections bactériennes, multiples ou récidivantes	<input type="checkbox"/> p.a.	____/____
Lymphome, primaire du SNC	<input type="checkbox"/> p.a.	____/____	Pneumonie interstitielle lymphoïde ou hyperplasie lymphoïde pulmonaire	<input type="checkbox"/>	____/____

<sup>a</sup> formulaires: versions actualisées disponibles à l'adresse <https://www.bag.admin.ch/infreporting>

<sup>b</sup> remplir aussi la déclaration HIV si cas inconnu jusqu'à présent

<sup>c</sup> indiquer la première lettre et nombre de lettres: si plus de 9 lettres: nombre=0, prénoms composés avec trait d'union ou en deux mots: seulement première partie. Exemples: Susanne=S7, Jean-Jacques=J4, Gianpietro=G0)

<sup>d</sup> MtF = sexe de naissance masculin (M), identité de genre féminin (F) ou non binaire. (FtM) = sexe de naissance féminin (F), identité de genre masculin (M) ou non binaire. VDS = Variation du développement sexuel (intersexe).

<sup>e</sup> critères de diagnostic sous [www.bag.admin.ch/infreporting](http://www.bag.admin.ch/infreporting) ou [epi@bag.admin.ch](mailto:epi@bag.admin.ch)

<sup>f</sup> déf. / prés. = diagnostic définitif / présumé p.a. = pas applicable



## Sida, page 2

## Déclaration de résultats d'analyses cliniques

S.v.p. à renvoyer rempli d'ici une semaine au médecin cantonal (pas directement à l'OFSP).<sup>a</sup>

### Evolution

Le patient suivait-il une thérapie antirétrovirale

**Avant** le diagnostic de sida?

oui, début de la thérapie (mois/année): \_\_\_ / \_\_\_\_\_  non  inconnu

**Au moment** du diagnostic de sida?

oui, début de la thérapie (mois/année): \_\_\_ / \_\_\_\_\_

non, pourquoi pas? \_\_\_\_\_

inconnu

Le patient suivait-il **pendant les 6 mois précédant le diagnostic de sida un traitement prophylactique contre des infections opportunistes?**

oui  non  inconnu

### Exposition (le plus probable du point de vue du médecin, une réponse possible)

Comment:  contact sexuel avec:  f  m  trans (MtF)<sup>d</sup>  trans (FtM)<sup>d</sup>  VDS<sup>d</sup>

consommation de drogue par voie d'injection (IDU)

périnatal

autre voie d'infection: \_\_\_\_\_

pas identifiable

**Médecin** Nom, adresse, tél./fax (ou timbre)

Date \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ signature: \_\_\_\_\_

en tant que médecin pénitentiaire, nom officiel de l'établissement: \_\_\_\_\_

**Médecin cantonal**

Date \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ signature: \_\_\_\_\_

<sup>a</sup> Formulaires: versions actualisées disponibles à l'adresse <https://www.bag.admin.ch/infreporting>

<sup>d</sup> MtF = sexe de naissance masculin (M), identité de genre féminin (F) ou non binaire. (FtM) = sexe de naissance féminin (F), identité de genre masculin (M) ou non binaire. VDS = Variation du développement sexuel (intersexe).