



Infection à VIH

Déclaration de résultats d'analyses cliniques

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

A remplir par le laboratoire de confirmation

Diagnostic: Test VIH confirmé^b le ___/___/___

Type: VIH-1 VIH-2

Demande: médecin traitant laboratoire de dépistage

Indice d'une **infection récente**? oui non incertain aucun test Recency effectué

ID du laboratoire: _____

nom, adresse ou timbre du laboratoire:

remarques: _____

Laboratoire

Virémie (copies ARN viral) _____ / ml date du prélèvement de l'échantillon: ___/___/___

Nombre de cellules T CD4 _____ / mm³ date du prélèvement de l'échantillon: ___/___/___

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

Motif: suspicion clinique exposition bilan de santé individuel^c dépistage^d autre: _____

grossesse en cours? oui non

Patient/e

Code élaboré à partir du prénom^e: ___ date de naissance: ___/___/___ genre: f m trans (MtF)^f trans (FtM)^f VDS^f

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

Nationalité: CH autre: _____

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

Diagnostic et manifestation

Le patient a-t-il eu des signes cliniques de **primo-infection VIH** (symptômes de séroconversion)? oui, début des symptômes: ___/___/___ non

Le patient a-t-il des symptômes évoquant une **infection VIH avancée**? oui, stade: stade CDC B stade CDC C non

Si les critères pour au moins une des **maladies indicatives du SIDA** sont remplis (stade CDC C): veuillez remplir aussi le formulaire 'Sida'!

Evolution

Anamnèse: est-ce qu'un test antérieur a déjà été **positif**? oui, **première fois**: ___/___/___ non inconnu

est-ce qu'un test antérieur a déjà été **négatif**? oui, **dernière fois**: ___/___/___ non inconnu

Thérapie: le/la patient/e a-t-il/elle reçu une fois thérapie antirétrovirale? oui, début de la thérapie: ___/___/___ non début de thérapie envisagé

Exposition (la plus probable selon l'avis du médecin)

Où: CH, lieu: _____ étranger, pays: _____ inconnu

Quand: date supposée de l'infection: ___/___/___
chez les personnes dont la nationalité autre que CH^g, date d'entrée en Suisse: ___/___/___

Comment: contact sexuel avec: f m trans (MtF)^f trans (FtM)^f VDS^f

consommation de drogue par voie d'injection (IDU)

transmission périnatale

autre voie d'infection: _____

pas identifiable

si transmission par contact sexuel, type de relation: partenaire anonyme partenaire connu sexe tarifé pas identifiable

Mesures (recommandées pour personnes contaminées)

Les partenaires sexuels ont-ils été informés du diagnostic de VIH? oui non inconnu

Médecin

nom, adresse, tél./fax: _____

si le/la patient/e est transféré/e ailleurs, veuillez mentionner: _____

Date: ___/___/___ signature: _____

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

Médecin cantonal

Date: ___/___/___ signature: _____

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

^b Laboratoires autorisés: liste disponible sur www.bag.admin.ch/infreporting ou auprès de epi@bag.admin.ch

^c Test individuel, p.ex. HSH, personnes > 45 ans lors d'un bilan de santé, etc.

^d prévention, resp. dépistage systématique chez des groupes cibles spécifiques, p. ex. femmes enceintes, recrues, donneurs de sang, participants à une étude

^e 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

^f 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).

^g Et qu'il est clair qu'il ne s'agit PAS de travailleurs frontaliers, touristes, ou voyageurs d'affaires (ou de médecine)