



# Sida, page 1

## Déclaration de résultats d'analyses cliniques

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 <sup>f</sup><br>déf. prés.             | Date<br>(mois/année) | Maladie révélatrice du sida <sup>e</sup>  | Diagnostic <sup>f</sup><br>déf. prés.             | Date<br>(mois/année) |
|---|---|----------------------|---|---|----------------------|
| Pneumonie bactérienne, récidivante<br><b>(seulement si ≥13 ans)</b>               | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | ____ / ____          | <i>Mycobacterium avium</i> complex ou <i>M. kansasii</i> disseminé (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"/> <input type="checkbox"/> | ____ / ____          | <i>M. tuberculosis</i> , pulmonaire<br><b>(seulement si ≥13 ans)</b>                    | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | ____ / ____          |
| Encéphalopathie à VIH   | <input type="checkbox"/>                          | p.a. ____ / ____     | <i>Mycobactériose</i> (autre espèce ou espèce indéterminée), disséminée                 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | ____ / ____          |
| Syndrome cachectique à VIH  | <input type="checkbox"/>                          | p.a. ____ / ____     | Pneumonie à <i>Pneumocystis jiroveci</i>  | <input type="checkbox"/> <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"/> <input type="checkbox"/> | ____ / ____          |
| Histoplasmose 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"/> <input type="checkbox"/> | ____ / ____          |
| Sarcome de Kaposi   | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | ____ / ____          | Carcinome, invasif du col utérin  | <input type="checkbox"/>                          | p.a. ____ / ____     |
| Coccidioidomycose 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"/> <input type="checkbox"/> | ____ / ____          |
| Cryptosporidiose, diarrhée (>1 mois)  | <input type="checkbox"/>                          | p.a. ____ / ____     | <b>Enfants au-dessous de 13 ans (supplément):</b>                                       |   |                      |
| Lymphome, Burkitt<br>(ou désignation analogue)                                    | <input type="checkbox"/>                          | p.a. ____ / ____     | Infections bactériennes, multiples ou récidivantes                                      | <input type="checkbox"/>                          | p.a. ____ / ____     |
| Lymphome, immunoblastique<br>(ou désignation analogue)                            | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | ____ / ____          | Pneumonie interstitielle lymphoïde ou hyperplasie lymphoïde pulmonaire                  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | ____ / ____          |
| Lymphome, primaire du SNC   | <input type="checkbox"/>                          | p.a. ____ / ____     |   |   |                      |

<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 (intersexé).

<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 précédent 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. (ou timbre)

Date \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

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

Médecin cantonal

Date \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

<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 (intersexé).