

Nom de l'association réalisant le TROD: _____

Ville du TROD: _____

Date de la visite:
 Jour Mois Année

Identifiant unique de l'utilisateur (celui de l'association): _____

OU

Identifiant unique de l'utilisateur (celui de COBATEST): _____

(0 homme (cis); 1 femme (cis); 2 homme trans, femme trans ou personne non binaire) journée mois année nombre de frères plus âgés nombre de sœurs plus âgées lettre initiale du prénom de la mère

Site de dépistage: Local de l'association Lieu public (pharmacie, bibliothèque)
 Extérieur/Bus/Van Lieu de sortie (café, bar)
 Lieu de prostitution Centre de RDR liés à l'injection
 Sauna/lieux de sexe Autre: _____

Caractéristiques de l'utilisateur:

Genre: Homme (cis) Femme (cis) Homme trans Femme trans Personne non binaire

Origine étrangère: Oui Non Ne sais pas

Pays de naissance: _____

L'utilisateur est-il: Touriste Séjour de long terme

Année d'arrivée dans le pays: _____ (si parcours migratoire)

Date de naissance:
 Jour Mois Année

Commune/ville de résidence: _____

Avez-vous accès à des soins de santé gratuits? Oui Non Autre: _____

Étudiant-e étranger-e Réfugié-e Résident

Travailleur-euse étranger-e Migrant-e sans-papiers Autre: _____

Demandeur-euse d'asile Citoyen-e naturalisé-e

Motifs du dépistage: (multi-réponse)

Exposition au risque

Rapport sexuel vaginal non protégé

Rapport sexuel anal non protégé

Rapport sexuel oral non protégé

Rupture de préservatif

Rapport sexuel non protégé avec un-e travailleur-se du sexe

Mon partenaire a récemment été dépisté séropositif

Partage de matériel d'injection

Autre exposition au risque: _____

Autre: _____

Dépistage régulier/check-up

Demande du ou de la partenaire

Pour arrêter d'utiliser le préservatif

Je souhaite avoir un enfant

Dépistage prénatal: avant accouchement

Contrôle régulier

Pour connaître mon état de santé

Autre: _____

Fenêtre sérologique (période fenêtre) lors du dernier dépistage

Symptômes cliniques

Pourquoi venir ici pour un TROD: (multi-réponse)

Je suis déjà venu auparavant J'ai vu ce service de TROD dans une brochure Autre: _____

Un ami m'a parlé de ce service de TROD J'ai connu ce service de TROD sur internet

Précédents tests VIH:

Déjà dépisté pour le VIH auparavant? Oui Non Ne sais pas

Dépistage dans ce service TROD au cours des 12 derniers mois Oui Non Ne sais pas

Dernier test VIH réalisé Moins de 3 mois Moins de 12 mois

Plus de 12 mois Ne sais pas

Date du dernier dépistage:
 Mois Année

Résultat du dernier dépistage Positif Négatif Ne sais pas

Comportements/ facteurs de risque:

Rapports sexuels au cours des 12 derniers mois avec: Hommes (cis/trans) Femmes (cis/trans) Hommes et femmes (cis/trans) Je n'ai pas eu de relation sexuelle Ne sais pas

Utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel avec pénétration? Oui Non Ne sais pas

Rapport sexuel en échange d'argent, de drogues, de biens ou de services dans les 12 derniers mois Oui Non Ne sais pas

Diagnostic d'IST dans les 12 derniers mois Oui Non Ne sais pas

Rapport sexuel (avec pénétration) sans préservatif dans les 12 derniers mois avec:

Une travailleur-se du sexe Oui Non Ne sais pas

Un-e usager-e de drogues injectables: Oui Non Ne sais pas

HSH: Oui Non Ne sais pas

Usage de drogue par voie intraveineuse Oui Non Ne sais pas

Dernière fois: Moins de 3 mois Moins de 12 mois

Plus de 12 mois Ne sais pas

Partage de matériel d'injection dans les 12 mois, comme: les seringues ou aiguilles? Oui Non Ne sais pas

les cuillers, filtres, eau...? Oui Non Ne sais pas

Échange d'autres ustensiles fréquemment utilisés dans la consommation de substances psychoactives Oui Non Ne sais pas

Quelles autres substances psychoactives? _____

Counselling pré-test:

Counselling pré-test / pré-résultat réalisé? Oui Non Ne sais pas

Test VIH:

Test VIH réalisé

Oui Non

Date du recueil de l'échantillon: / / / / /
Journée Mois Année

Type de test utilisé

Test rapide sanguin Test rapide oral Test conventionnel (Elisa)

Résultat du test de screening:

Réactif Non réactif Indéterminé

Avez-vous réalisé un test supplémentaire ?

Oui
 Non
 Ne sais pas

Quel type de test ?

Test rapide sanguin Test rapide oral Test conventionnel (Elisa)

Résultat du test

Réactif Non réactif

L'utilisateur a-t-il obtenu le résultat de ce test?

Oui Non Ne sais pas

Date de la réception de ce résultat: / / /
jour Mois Année

Counselling post-test:

Counselling post-test?

Oui Non Ne sais pas

Test de confirmation:

Test de confirmation réalisé?

Oui Non Ne sais pas

Date du recueil de l'échantillon: / / /
jour Mois Année

Résultat du test de confirmation

Positif Négatif Non concluant

L'utilisateur a-t-il reçu le résultat de ce test de confirmation?

Oui Non Ne sais pas

Date de la réception de ce résultat (confirmation): / / /
jour Mois Année

Accès aux soins pour les tests positifs:

Patient redirigé et pris en charge dans le système de soin?

Oui Non Ne sais pas

Date de la prise en charge dans le soin: / / /
jour Mois Année

Nombre de CD4 lors du premier bilan: _____

Date du premier bilan de CD4: / / /
jour Mois Année

MODULE B

Test Syphilis:

Précédents tests syphilis

Oui Non Ne sais pas

Dernier test syphilis réalisé: Moins de 3 mois Moins de 12 mois
 Plus de 12 mois Ne sais pas

Syphilis diagnostiquée précédemment?

Oui Non Ne sais pas

Date du dernier diagnostic Syphilis: / / /
jour Mois Année

Dépistage de la syphilis réalisé?

Oui Non

Date du recueil de l'échantillon: / / /
jour Mois Année

Type de test utilisé:

Test rapide Test conventionnel

Résultat du test rapide:

Réactif
 Non réactif

Test diagnostique (de confirmation) réalisé? Oui Non Ne sais pas

Date du recueil de l'échantillon: / / /
jour Mois Année

Diagnostic de Syphilis:

Infection active Cicatrice sérologique (infection ancienne ou traitée) Ne sais pas Négatif

Test Hépatite C (VHC):

Précédents tests VHC

Oui Non Ne sais pas

Dernier test VHC réalisé: Moins de 3 mois Moins de 12 mois
 Plus de 12 mois Ne sais pas

VHC diagnostiquée précédemment?

Oui Non Ne sais pas

Date du dernier diagnostic VHC: / / /
jour Mois Année

Dépistage de la VHC réalisé?

Oui Non

Date du recueil de l'échantillon: / / /
jour Mois Année

Type de test utilisé:

Test rapide Test conventionnel

Résultat du test rapide:

Réactif
 Non réactif

Test ANR du VHC réalisé (confirmation)? Oui Non Ne sais pas

Date du recueil de l'échantillon: / / /
jour Mois Année

Diagnostic de VHC:

Infection active Cicatrice sérologique (infection ancienne ou traitée) Ne sais pas Négatif

Vacciné contre les IST:

Vacciné contre l'hépatite A (toutes les doses requises)

Oui Non Ne sais pas

Vacciné contre l'hépatite B (toutes les doses requises)

Oui Non Ne sais pas

Vacciné contre les HPV (toutes les doses requises)

Oui Non Ne sais pas

Autres vaccinations à envisager (toutes les doses requises)

Oui Non Ne sais pas

Lesquelles ? _____

Commentaires:
