



Informations concernant le patient

1. Quelle est le niveau de formation du patient?

- ne sait ni lire ni écrire (analphabète)
- peut lire et écrire, mais n'a pas terminé la scolarité obligatoire
- a terminé la scolarité obligatoire
- a terminé un apprentissage ou obtenu une maturité
- a terminé une école supérieure / université

2. Quelle est la langue maternelle du patient?

- allemand français italien anglais autre: _____

3. Dans quelle autre langue le patient serait-il capable de remplir un 2ème questionnaire sans avoir besoin de l'aide d'un traducteur? (ne choisir que la meilleure langue)

- allemand français italien anglais aucune des langues mentionnées

4. Domicile: Deux premiers chiffres du numéro postal (" 00 " = si domicile étranger)

Domicile en Suisse depuis la naissance

définitivement en Suisse depuis (année)

Ecole effectuée essentiellement en Suisse

à l'étranger, pays: _____

Nationalité Suisse dès la naissance

Suisse naturalisé en (année)

étrangère; pays: _____

5. Permis de séjour (si étranger/ère)

- requérant d'asile (permis N)
- autre status (permis)
- inconnu

Informations cliniques visant à dater la période d'infection par le VIH

6. Le patient a-t-il eu des symptômes cliniques suggestifs d'une primo-infection VIH?

- non
- oui, le(s) suivant(s) (plusieurs réponses possibles)
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> fièvre | <input type="checkbox"/> anorexie |
| <input type="checkbox"/> sueurs nocturnes | <input type="checkbox"/> nausées |
| <input type="checkbox"/> éruption cutanée (rash) | <input type="checkbox"/> perte de poids >2.5kg |
| <input type="checkbox"/> ulcérations des muqueuses | <input type="checkbox"/> douleurs articulaires |
| <input type="checkbox"/> pharyngite | <input type="checkbox"/> douleurs musculaires |

Début de ces symptômes: durée (environ) jours

7. Le/a patient/e a-t-il/elle eu des résultats d'analyses sanguines compatibles avec une primo-infection?

- non
- oui:
- séroconversion (données précises sur le questionnaire de l'OFSP " questionnaire pour les personnes avec résultat de test VIH positif ")
 - antigène ou ARN/virémie positifs et anticorps (ELISA) négatif
 - Western Blot (WB) " douteux " (<= 2 bandes)
 - autre: _____

Questions sur la source, la date et le lieu de l'infection VIH (selon le patient)

8. Est-ce qu'une ou plusieurs sources potentielles de l'infection est/sont connue/s (partenaires sexuels, échange de seringues)?

- non, aucune source d'infection n'est connue
- oui:
- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> rapport sexuel non-protégé avec | homme | femme |
| <input type="checkbox"/> partenaire stable | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> partenaire occasionnel/le | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> partenaire anonyme | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
- échange de seringue avec
- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> partenaire stable | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> autres personnes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
- autre exposition: _____

9. Le patient peut-il décrire ses périodes d'exposition à risque durant les 2 dernières années?

- non
- oui (SVP décrire l'exposition à risque avec cadre temporel):
- avec un ou plusieurs partenaires VIH séropositif connus (au moment de l'exposition à risque):
- activité sexuelle non-protégée entre le _____ - _____
- échange de seringues entre le _____ - _____
- avec un ou plusieurs partenaires avec status VIH inconnu (au moment de l'exposition à risque):
- activité sexuelle non-protégée entre le _____ - _____
- échange de seringues entre le _____ - _____
- autre exposition à risque: _____
- entre le _____ - _____

10. Où la personne a-t-elle été le plus vraisemblablement infectée par le VIH?

- en Suisse: ville banlieues / agglomération région rurale
- dans quel canton? _____
- à l'étranger pays _____ entre le _____
- si séjour court _____ - _____
- si séjour prolongé _____ - _____
- en prison (Suisse) nom de l'établissement: _____
- inconnu

Remarques / Explications: _____

Nom du médecin: _____

Adresse: _____ Lieu: _____ Numéro postal: _____

Numéro de tél.: _____

Date: _____ Signature: _____

Nous vous remercions de votre collaboration. Veuillez SVP, envoyer le questionnaire rempli avec toute information supplémentaire dans l'enveloppe annexée à l'OFSP. Adresse: OFSP, Ärztlicher Dienst Meldesystem, Postfach, 3003 Bern.

5386644107