

2. Données sociodémographiques

2.1 Age : _____ ans

2.2 Sexe : Femme Homme Transgenre

⇒ Si TRANSGENRE, préciser : MtF FtM

2.3 Pays de naissance :

France métropolitaine

DOM-TOM, préciser :

Étranger, préciser :

3. Antécédents

3.1 Antécédents médicaux : Oui Non Ne sait pas

⇒ Si oui, préciser lesquels :

3.2 Antécédents d'IST : Oui Non Ne sait pas

⇒ Si oui, préciser lesquelles :

- Chlamydie
- Herpès
- HPV
- Trichomonose
- Gonococcie
- Syphilis
- Hépatite B, préciser l'évolution :
 - Guérie
 - Chronique
 - Ne sait pas

Autre IST, préciser :

⇒ Si oui, préciser si une IST est survenue dans les 12 derniers mois :

Oui, préciser lesquelles :

Non

Ne sait pas

3.3 Antécédents gynéco-obstétricaux :

- Nombre d'enfants : 0 1 2 3 ou +

- Nombre de fausses couches spontanées : 0 1 2 3 ou +

- Nombre d'IVG : 0 1 2 3 ou +

- Année du dernier frottis cervico-vaginal : _____ Ne sait plus la date Jamais réalisé

⇒ Préciser le résultat : Normal Anormal Ne sait pas

- Année de la dernière mammographie : _____ Ne sait plus la date Jamais réalisé

3.4 Spécificités concernant les transgenres :

- Traitement hormonal (féminisant ou masculinisant) en cours : Oui Non
=> Si oui, préciser les modalités : Sur prescription médicale Par automédication
- Recours à une intervention pour transformation corporelle : Oui Non
=> Si oui, préciser lesquelles :
- Suivi mammaire : (mammographie ou IRM) réalisé : Oui Non
=> Si oui, préciser l'année du dernier examen :

3.5 Dépistages antérieurs :

- VIH : Oui, au cours des 12 derniers mois
 Oui, il y a plus d'1 an
 Jamais
 Ne sait pas
=> Si oui, résultat du dernier test : Positif Négatif Ne sait pas
- VHC : Oui, au cours des 12 derniers mois
 Oui, il y a plus d'1 an
 Jamais
 Ne sait pas
=> Si oui, résultat du dernier test (Ac) : Positif Négatif Ne sait pas
- VHB : Oui, au cours des 12 derniers mois
 Oui, il y a plus d'1 an
 Jamais
 Ne sait pas
=> Si oui, résultat du dernier test : Positif (AgHBs+) Négatif (AgHBs- et Ac-)
 Immunisé (Ac+) Ne sait pas
- Syphilis : Oui, au cours des 12 derniers mois
 Oui, il y a plus d'1 an
 Jamais
 Ne sait pas
- Chlamydia trachomatis (PCR) : Oui, au cours des 12 derniers mois
 Oui, il y a plus d'1 an
 Jamais
 Ne sait pas

3.6 Vaccinations antérieures :

- Hépatite B : Oui Non Ne sait pas
=> Si oui, nombre de doses reçues : 1 2 3 ou + Inconnu
Date (ou année) de la dernière injection : _____
MOIS ANNÉE
- DT polio : Oui Non Ne sait pas
=> Si oui, date (ou année) de la dernière injection : _____
MOIS ANNÉE

4. Orientation sexuelle, contraception et utilisation du préservatif dans les 12 derniers mois

- 4.1 Rapports sexuels : Uniquement avec des hommes
 Uniquement avec des femmes
 Avec des hommes et des femmes

- 4.2 Moyens de contraception : Contraception orale
(plusieurs réponses possibles) Préservatif masculin
 Préservatif féminin
 Stérilet
 Autre, préciser :
 Aucun

- 4.3 Utilisation du préservatif :
Si la personne n'est pas engagée dans une des pratiques ci-dessous, cochez la case NC (non concerné).

• Avec les clients :

- En cas de pénétration vaginale : Toujours Souvent Rarement Jamais NC
- En cas de pénétration anale : Toujours Souvent Rarement Jamais NC
- En cas de fellation : Toujours Souvent Rarement Jamais NC

• Avec les partenaires hors prostitution :

- En cas de pénétration vaginale et/ou anale : Toujours Souvent Rarement Jamais NC
- En cas de fellation : Toujours Souvent Rarement Jamais NC

5. Consommation de produits dans les 12 derniers mois

- 5.1 Alcool : Non
 Rarement (<1 fois/semaine)
 Régulièrement (certains jours de la semaine, par exemple le week-end)
 Quotidiennement
⇒ Si consommation régulière ou quotidienne, préciser le nombre total de verres bus dans les 7 derniers jours (vin, bière, alcools, apéritifs) : ____

- 5.2 Tabac : N'a jamais fumé
 A arrêté de fumer
 Fume actuellement
⇒ Préciser le nombre de cigarettes/jour : ____

- 5.3 Cannabis : Non
 Occasionnellement (environ 1 fois/mois)
 Régulièrement (environ 1 fois/semaine)
 Quotidiennement

- 5.4 Autres produits (crack, cocaïne, héroïne...) Non
 Oui
⇒ Si oui, préciser lesquels :
⇒ Préciser si usage injectable : Oui Non

6. État de santé actuel

6.1 Signes à l'interrogatoire :

- Signes généraux :

Asthénie Amaigrissement Anorexie Fièvre Sueurs nocturnes

- Signes respiratoires :

Toux Dyspnée Douleur thoracique Expectoration Hémoptysie

- Signes évocateurs d'une IST :

Prurit ou brûlures génitales Brûlures urinaires Leucorrhée
 Ecoulement urétral Ulcérations génitales Autres

6.2 Problèmes de santé actuels :

- Asthme
- Tuberculose
- Bronchite chronique
- Autre maladie pulmonaire,
préciser :
- Hypertension artérielle
- Angine de poitrine
- Troubles du rythme
- Autre maladie cardio-vasculaire,
préciser :
- Hyperlipidémie
- Diabète
- Affection de la thyroïde
- Troubles liés à la ménopause
- Autre pathologie endocrinienne,
préciser :
- Troubles des règles

- Migraine
- Épilepsie
- Autre maladie neurologique,
préciser :
- État dépressif
- Anxiété
- Troubles du sommeil
- Autre trouble psychique,
préciser :
- Problèmes dentaires,
préciser :
- Autres : cancer, infections chroniques (VIH, hépatites...), problèmes digestifs, maladies du foie, maladies de la peau, problèmes articulaires ou osseux,
préciser :
- Aucun

6.3 Pour chacun des problèmes de santé notés ci-dessus, préciser s'il a donné lieu à un suivi médical (avec ou sans traitement) dans les 12 derniers mois :

1. Oui Non
2. Oui Non
3. Oui Non
4. Oui Non

6.4 Poids : _____ kg Taille : _____ cm

TA : 1^{re} mesure (après 5 minutes de repos) : _____ systolique _____ diastolique

2^e mesure (5 minutes après la 1^{re} mesure) : _____ systolique _____ diastolique

6.5 Examen clinique, préciser les anomalies retrouvées :

Examen général :

Examen génital :

Examen proctologique :

6.6 Conclusion sur l'état de santé actuel :

Très bon Bon Moyen Mauvais Très mauvais Indéterminé

7. Résultats des dépistages réalisés

7.1 Bandelette urinaire : Protéinurie Hématurie Leucocyturie
 Glycosurie Normale Non faite

7.2 Sérologie VIH : Positive Négative Non faite

7.3 Tests VHB :
 - Ag HBs : Positif Négatif Non fait
 - Ac anti-HBs : Positif Négatif Non fait
 - Ac anti-HBc : Positif Négatif Non fa
 - ADN VHB : Positif Négatif Non fait

7.4 Tests VHC :
 - Ac anti-VHC : Positif Négatif Non fait
 - ARN VHC : Positif Négatif Non fait

7.5 Chlamydia trachomatis (PCR) :
 - Vulve/vagin : Positif Négatif Non fait
 - 1^{er} jet d'urine/urètre : Positif Négatif Non fait
 - Col : Positif Négatif Non fait
 - Anus : Positif Négatif Non fait

7.6 Gonocoque :
 - Vulve/vagin : Positif Négatif Non fait
 - 1^{er} jet d'urine/urètre : Positif Négatif Non fait
 - Col : Positif Négatif Non fait
 - Anus : Positif Négatif Non fait
 - Gorge : Positif Négatif Non fait

7.7 Syphilis :
 - TPHA : Positif Négatif Non fait
 - VDRL : Positif, titre : Négatif Non fait
 ⇒ Diagnostic : Syphilis primaire
 Syphilis secondaire
 Syphilis latente précoce
 Syphilis latente tardive
 Syphilis ou tréponématose considérée comme guérie

7.8 Autres IST : trichomonose, vaginose, candidose, herpès (culture-PCR, type 1/2),
 préciser :

7.9 Frottis cervico-vaginal :

Normal

Anormal

⇒ Si ANORMAL, préciser :

Qualité non satisfaisante

Non fait

7.10 La personne est-elle revenue en consultation pour connaître les résultats des dépistages réalisés ci-dessus :

Oui

Non

8. Conclusion de la consultation

8.1 Diagnostic(s) :

.....

8.2 Traitement donné :

Oui, préciser pour quelle(s) pathologie(s) :

Non

8.3 Vaccination :

- Vaccin hépatite B : 1 dose réalisée ce jour

A réaliser

Pas d'indication

- Vaccin DT Polio : Rappel réalisé ce jour

A réaliser

Pas d'indication

8.4 Orientation nécessaire : Oui Non

⇒ Si oui, préciser vers quel(s) professionnel(s) de santé ou médico-social :

Un généraliste

Un spécialiste, préciser :

Autre, préciser :

⇒ Si oui, préciser la (les) raison(s) :

VIH

VHB

VHC

Condylomes

Vaccination

Autres, préciser :

