

DÉCLARATION DE CAS DE VIH/SIDA ADULTES, ADOLESCENTS ET ENFANTS (AUTRES QUE LES CAS DE TRANSMISSION MATERNO-FOETALE)

VIH SIDA Nouveau rapport de cas Mise à jour

SECTION I – RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT

Nom du médecin déclarant Ville Numéro de téléphone

Hôpital ou clinique Ville Province/territoire

Ce patient est-il habituellement traité par un autre médecin? Oui Non
Si oui, indiquer le nom, la ville et le numéro de téléphone.

Nom Ville Numéro de téléphone

Initiales du patient Sexe Date de naissance (AAAA-MM-JJ)

1^{ère} 2^e 3^e H F

État Vivant (Si oui, date de la dernière fois où on l'a vu vivant) Décédé (Si oui, date du décès)

Date (AAAA-MM-JJ) Ne sais pas

Préciser si le patient est : (veuillez demander au patient de vous aider à répondre à cette question)

- Blanc
- Noir (p.ex. Africain, Haïtien, Jamaïcain, Somalien, etc.)
- Amérindien Métis Inuit
- Asiatique (p.ex., Chinois, Japonais, Vietnamiens, Cambodgien, Indonésien, Laotien, Coréen, Philippin, etc.)
- Asiatique du sud (p.ex. ressortissant des Indes orientales, Pakistanais, Sri Lankais, Punjabi, ressortissant du Bangladesh, etc.)
- Arabe/ressortissant de l'Asie occidentale (p.ex., Arménien, Égyptien, Iranien, Libanais, Marocain, etc.)
- Latino-Américain (p.ex. Mexicain, ressortissant de l'Amérique centrale ou de l'Amérique du Sud, etc.)
- Autre – Y inclus la mixité ethnique (préciser)

Quelle langue cette personne parle-t-elle le plus souvent à la maison?

Pays de naissance Canada Autre (préciser)

Année d'arrivée au Canada

Ville et province/territoire de résidence au moment du diagnostic

Ville Province/territoire 3 premiers chiffres du code postal

Ville et province/territoire de résidence actuellement

Ville Province/territoire 3 premiers chiffres du code postal

SECTION II – RISQUE(S) LIÉ(S) À LA TRANSMISSION DU VIH CHEZ CE PATIENT

Indiquer les comportements du patient depuis janvier 1978 et avant le diagnostic de VIH/sida :
(cocher TOUTES les affirmations pertinentes)

Oui Non Ne sais pas

Relations sexuelles avec un homme.

Relations sexuelles avec une femme.

Relation hétérosexuelle avec : (cocher TOUTES les réponses pertinentes)

- un utilisateur de drogues injectables;
- un homme bisexuel;
- un transfusé ayant une infection au VIH documentée;
- une personne souffrant d'hémophilie ou d'un trouble de la coagulation;
- une personne née dans un pays où la transmission hétérosexuelle prédomine.
Si oui, indiquer le pays
- une personne ayant une infection au VIH confirmée ou soupçonnée ou atteinte de sida (que le facteur de risque soit connu ou non).

Injection de médicaments non prescrits (notamment des stéroïdes).

Administration de concentrés de facteur VIII ou IX provenant d'un groupe de donneurs, pour le traitement de l'hémophilie ou d'un trouble de la coagulation. Si oui, veuillez remplir la section 1 du Supplément au rapport de déclaration de cas de VIH/sida.

Transfusion de sang entier ou de constituants sanguins, comme des concentrés de globules rouges, du plasma, des plaquettes ou un cryoprécipité. Si oui, veuillez remplir la section 2 du Supplément au rapport de déclaration de cas de VIH/sida.

Exposition en milieu de travail à du sang ou des liquides organiques contaminés par le VIH ou à une préparation concentrée de virus.

Si oui, préciser la nature du poste

Autre exposition liée à un acte médical (p. ex. : greffe d'organes ou de tissus, insémination artificielle). Si oui, donner des précisions à la section VI « Autres renseignements ou observations ».

Exposition autre qu'une exposition liée à un acte médical ou une exposition en milieu de travail qui pourrait être à l'origine de l'infection (p. ex. acupuncture, tatouage, perçage du corps (body piercing), lait maternel). Si oui, veuillez préciser la nature, la date et le lieu de l'exposition à la section VI « Autres renseignements ou observations ».

Depuis janvier 1978, ce patient a-t-il donné du sang, du plasma, des plaquettes, des organes, des tissus, du sperme ou du lait maternel? Si oui, veuillez préciser la nature, la date et le lieu du don à la section VI «Autres renseignements ou observations».

En a-t-on informé la Croix-Rouge ou le programme de collecte de sang concerné?

Voulez-vous qu'un responsable de la santé publique se charge de transmettre ce renseignement à l'organisme intéressé?

SECTION III – DONNÉES DE LABORATOIRE

Existe-t-il des signes, selon la définition figurant dans les instructions, en faveur d'une infection au VIH?

- Oui Non Ne sais pas

Date du premier test positif de détection des anticorps anti-VIH (si connu) (AAAA-MM)

Numération actuelle des CD4 (si connu) (globules/ μ L)

SECTION IV – ATTEINTES RÉVÉLATRICES DU SIDA

Atteintes	Date du diagnostic (AAAA-MM)	Méthode diagnostique	
		Certitude	Présomption
Cancer invasif du col utérin			S.O.
Candidose (bronches, trachée ou poumons)			S.O.
Candidose oesophagienne			
Coccidioïdomycose (généralisée ou extrapulmonaire)			S.O.
Complexe <i>Mycobacterium avium</i> ou maladie à <i>M. kansasii</i> (généralisée ou extrapulmonaire)			
Infection à mycobactérie appartenant à d'autres espèces ou à une espèce non identifiée			
Cryptococcose (extrapulmonaire)			S.O.
Cryptosporidiose (intestinale, chronique, durée >1 mo.)			S.O.
Cytomégalovirose (touchant un organe autre que le foie, la rate ou les ganglions)			S.O.
Encéphalopathie au VIH (démence)			S.O.
<i>Herpès simplex</i> : ulcère(s) chroniques(s) (durée >1 mo.) ou bronchite, pneumonite ou oesophagite			S.O.
Histoplasmosse (généralisée ou extrapulmonaire)			S.O.
Isosporiose, intestinale chronique (durée >1 mo.)			S.O.
Leucoencéphalopathie multifocale progressive			S.O.
Lymphome cérébral primaire			S.O.
Lymphome de Burkitt (ou terme équivalent)			S.O.

Atteintes	Date du diagnostic (AAAA-MM)	Méthode diagnostique	
		Certitude	Présomption
Lymphome immunoblastique (ou terme équivalent)			S.O.
<i>M. tuberculosis</i> (généralisée ou extrapulmonaire) (Veuillez remplir la SECTION V)			S.O.
Préciser le siège : Milliaire Pleurésie S.N.C. Autre siège respiratoire Os et articulations Génito-urinaire Autre (préciser)			
<i>M. tuberculosis</i> (pulmonaire) (Veuillez remplir la SECTION V)			
Pneumonie à <i>Pneumocystis carinii</i>			
Pneumonie bactérienne récurrente			
Rétinite au cytomégalovirus (avec perte de vision)			
Sarcome de Kaposi			
Septicémie à salmonelles récidivante			
Syndrome d'émaciation au VIH			S.O.
Toxoplasmose cérébrale			
Maladies touchant exclusivement les enfants (<15 ans)			
Infections bactériennes multiples ou récidivantes (autre que la pneumonie bactérienne récurrente)			S.O.
Pneumonie interstitielle lymphoïde pulmonaire ou Hyperplasie lymphoïde pulmonaire			

SECTION V – TUBERCULOSE

Oui Non Ne sais pas

Avant le diagnostic de sida, le patient avait-il déjà été traité contre la tuberculose?
Si oui, quand? (AAAA-MM)

Le patient a-t-il déjà subi un test à la tuberculine PPD?
Si oui, mesure de l'induration en mm?

Si le test à la tuberculine PPD était négatif, le patient a-t-il subi une évaluation de l'anergie?
Si oui, certains sites étaient-ils positifs? Oui Non Ne sais pas

SECTION VI – AUTRES RENSEIGNEMENTS OU OBSERVATIONS

Veillez utiliser la présente section pour transmettre tout renseignement pertinent concernant la transmission du virus, etc.

Nom de la personne qui a rempli ce formulaire

Numéro de téléphone

Date à laquelle la déclaration a été remplie (AAAA-MM-JJ)

RÉSERVÉ À L'USAGE DE LA PROVINCE OU DU TERRITOIRE

Numéro d'identification de la province/territoire

Province/territoire d'attribution du cas

Dans quelle catégorie d'exposition le patient a-t-il été classé?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HRSH) | <input type="checkbox"/> Transfusion sanguine |
| <input type="checkbox"/> Utilisateur de drogues injectables (UDI) | <input type="checkbox"/> Administration de facteur de coagulation |
| <input type="checkbox"/> HRSH et UDI | <input type="checkbox"/> Exposition en milieu de travail |
| <input type="checkbox"/> Hétérosexuel – Région endémique | <input type="checkbox"/> Hétérosexuel – partenaire à risque |
| <input type="checkbox"/> Aucun risque connu – Hétérosexuel | <input type="checkbox"/> Aucun risque connu - Autre |

À L'USAGE DU ASPC

N° EPIC

Date de réception (AAAA-MM-JJ)

© Sa Majesté la Reine du chef du Canada, représentée par la ministre de l'Agence de la santé publique du Canada, 2006

Date de publication : 2006

Pub. : PHAC/ASPC 4205 F