COREVIH Ile de France 2017

COREVIH :…… HOPITAL : …… Service :……

Suivi des expositions à Risque de Transmission Virale (Hors AES professionnels)

PERSONNE EXPOSEE : NOM (1 première lettre) : …. Prénom : ….. ……AGE :
SEXE : F H T date naissance : …… N° :

Date de l'exposition : _ _/_ _/ _ _ _ _ Délai : □ <4h00 □ 4 à 24h □ 24à48h □ >48h

Type d'exposition : □ sexuelle □ autre
VIOL : □ oui □ non Travailleur du sexe : □oui □ non
Absence de préservatif □ Accident de préservatif □ NSP□
Antécédent de TPE oui □ non □ NR □ A déjà utilisé la Prep : oui □ non □

PARTENAIRE SOURCE: Sexe : F□ H□ T□ utilisateur de drogues iv □oui □ non □ NSP
Régulier□ occasionnel□ travailleur du sexe □oui □ non □ NSP

	Positif/Oui	*Négatif/Non*	*Inconnu*
VIH			
si VIH+, TT ARV			
Si VIH+, CV indétectable			

PRESCRIPTION	**PRESCRIPTION INITIALE**	**REEVALUATION DE LA PRESCRIPTION**
Service prescripteur	□ SAU □ Service référent □ autre	□ SAU □ Service référent □ autre
Date de l'évaluation	__ _ /__ _ / 2017	__ _ /__ _ / 2017
Prescription TPE	□oui □ non	□oui □ non
Type de TPE	□ Stribild® □Truvada®/DRV/r □ Combivir®/LPV/r □ Truvada®/LPV/r □ Truvada®/Ralte □ Combivir®/ Ralte □ Autre: ……	□ Stribild® □ Truvada®/DRV/r □ Combivir®/LPV/r □ Truvada®/LPV/r □ Truvada®/Ralte □ Combivir®/ Ralte □ Autre: ……
Durée effective du tt	_____(en jours) □ inconnu	_____ (en jours) □ inconnu
Arrêt prématuré du TT	□ Oui □ Non □ Inconnu	□ Oui □ Non □ Inconnu
Si arrêt prématuré, motif d'arrêt	□ *absence d'indication* □ *effet indésirable* □ *décision perso patient* □ *motif inconnu* □ *Autre : …*	□ *absence d'indication* □ *effet indésirable* □ *décision perso patient* □ *motif inconnu* □ *Autre : ……*
SURVENUE D'EFFETS INDESIRABLES sous traitement : □ Oui □ Non *Si oui :* □faible □modéré □intense		

Si vous avez connaissance d'une séroconversion survenue dans le suivi de l'AES merci de le signaler à elisabeth.rouveix@aphp.fr