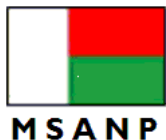


REPOBLIKAN'I MADAGASIKARA
Fitiavana-Tanindrazana-Fandrosoana

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE
PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE SIDA

DOSSIER MEDICAL
DE
PRISE EN CHARGE DES
PERSONNES VIVANT
AVEC LE VIH



Octobre 2012



PREAMBULE

Lors de la mise en œuvre de la Recherche Opérationnelle sur « **Les facteurs déterminant la découverte au stade tardif de l'infection à VIH** » en Février 2011 à Février 2012, il a été constaté que les canevas utilisés par les médecins référents pour la prise des PVVIH sont très variés. Cette situation a engendré de nombreux problèmes, entre autres, la gestion des données au niveau des Médecins référents, la faible rétention des PVVIH, et les facteurs de blocage de dépistage de l'infection au stade « non tardif ».

Objectif général

Améliorer la disponibilité des bases de données sur la prise en charge des PVVIH au niveau des centres de traitement.

Objectif spécifique

Elaborer des dossiers médicaux uniformes pour la prise en charge des PVVIH.

Résultat attendu

Dossiers médicaux disponibles en vue de l'utilisation effective par les médecins référents.

Actuellement, ces dossiers médicaux sont prêts pour être utilisés après pré-tests et validation nationale grâce à la collaboration du Programme National de Lutte contre le sida (PNLS) avec l'équipe de recherche opérationnelle, tous les médecins référents, l'experte en recherche opérationnelle de la JICA, et le Projet VIH JICA/PNLS.

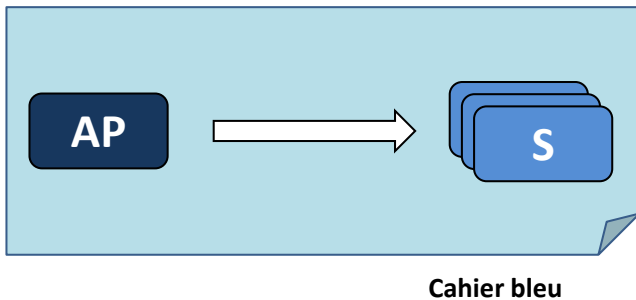
Par conséquent, **l'utilisation effective** de ces dossiers médicaux par les médecins référents **est vivement souhaitée** pour que les résultats de tous les efforts déployés pour la réalisation de cet objectif soient fructueux, afin de contribuer à l'atteinte de l'objectif du Ministère de la Santé Publique : maintenir le taux de prévalence du VIH à moins de 0,5%.

LISTE DES DOSSIERS MEDICAUX

No	Types de dossier	Abréviations
1	Fiche patient adulte (≥ 15 ans) première visite	AP
2	Fiche de suivi	S
3	Annexe femme enceinte 1: Fiche femme enceinte première visite	AFP
4	Fiche de suivi femme enceinte	FS
5	Annexe femme enceinte 2: Renseignements sur l'accouchement	AACC
6	Annexe femme enceinte 3: Fiche de suivi du nouveau-né	ANNS
7	Annexe femme enceinte 4: Statut sérologique du nouveau-né	ANN
8	Fiche patient enfant (<15 ans) première visite	EP
9	Fiche accident d'exposition au sang	AES

COMMENT UTILISER LES DOSSIERS MEDICAUX ?

**Au moment de la découverte du VIH positif
Si la PVVIH est adulte (>15 ans)**

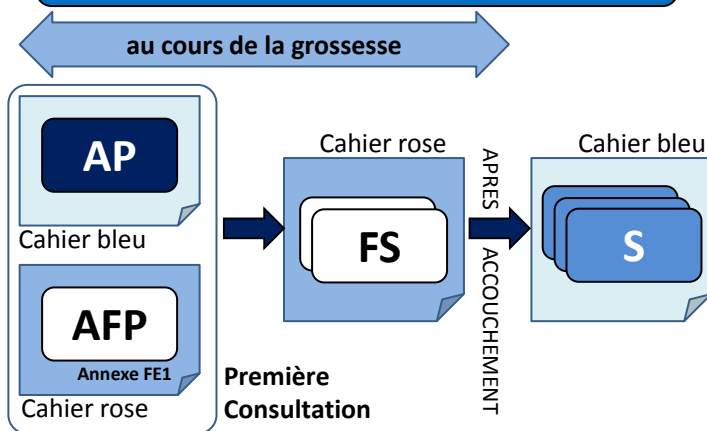


Au moment de la première visite d'un adulte, c'est-à-dire une personne ≥ 15 ans, chez un médecin référent, le médecin référent utilise la fiche « **Fiche patient adulte (≥ 15 ans) première visite AP** ».

Quand le patient revient pour ses visites régulières, le médecin référent utilisera la « **Fiche de suivi S** ».

Pour les visites non planifiées c'est à dire en dehors des visites régulières, le médecin référent écrira dans la partie « **observations** » les dates et les renseignements/observations y afférents.

**Cas N° 1 :
Tétesté séropositif au moment de la grossesse**

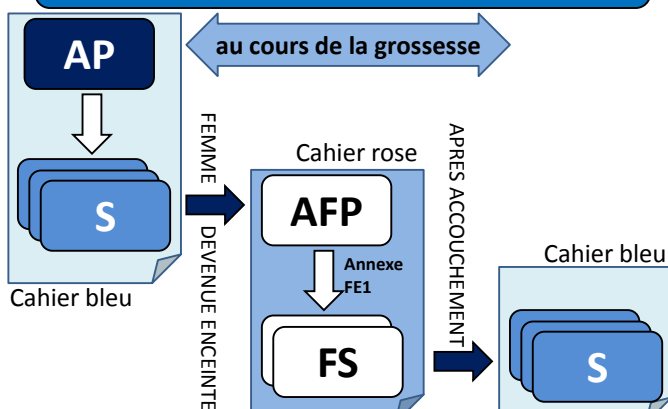


Une femme **séropositive a été suivie en tant que patient adulte** auprès du médecin référent pendant un certain temps. Il y a deux possibilités :

Cas N°1 : Si la femme enceinte est vue pour une première consultation, c'est-à-dire, sa séropositivité est **découverte au cours de la grossesse**, le médecin référent doit remplir « **Fiche patient adulte première visite AP** » et « **Annexe Femme enceinte1 : Première visite AFP** ».

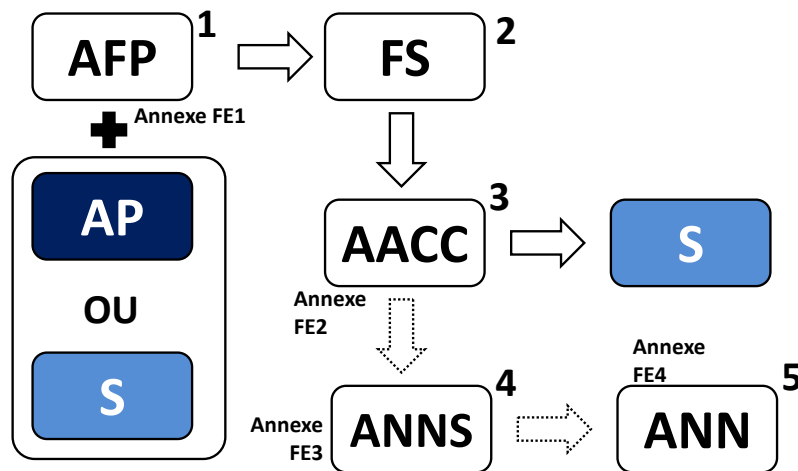
Cas N°2 : Si la femme est déjà une PVVIH suivie au niveau du médecin référent, elle possède déjà une **fiche AP** et probablement quelques « **Fiches Suivi S** ». Si la femme est devenue enceinte, le médecin référent doit remplir la **fiche S** et la « **Fiche Annexe Femme Enceinte 1 : Première Visite AFP** » et puis une « **Fiche de suivie Femme enceinte FS** ».

**Cas N° 2 :
PVVIH d'abord et devenue enceinte**



NB : Pour les autres suivis ultérieurs, le médecin référent doit écrire dans la partie « **observation** » de cette fiche suivi femme enceinte : La date de ces suivis et les renseignements y afférents qui peuvent changer (ex : poids, tension artérielle, HU, présentation...) L'utilisation d'autres fiches de suivi femme enceinte n'est plus nécessaire.

Paquet de femme enceinte

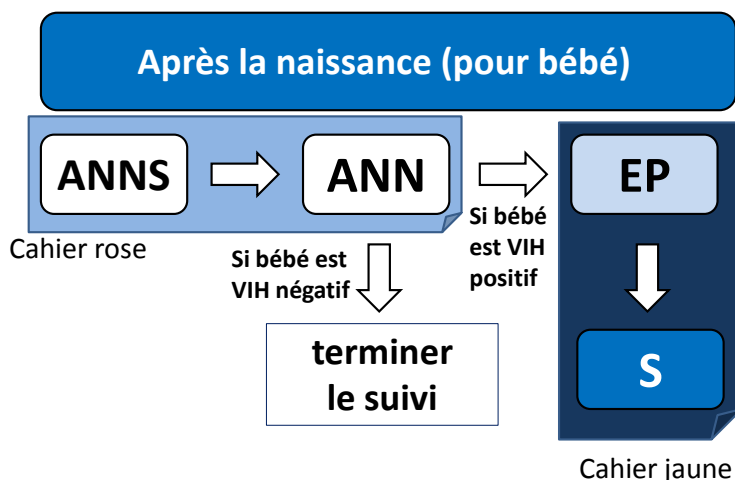


Quand la femme enceinte revient pour les visites de suivi de sa grossesse, le médecin référent utilise « **Fiche de suivi Femme enceinte** FS ».

Pour les autres suivis ultérieurs, le médecin référent doit écrire dans la partie « **observation** » de cette fiche suivi femme enceinte : La date de ces suivis et les renseignements y afférents qui peuvent changer (ex : poids, tension artérielle, HU, présentation...). L'utilisation d'autres fiches de suivi femme enceinte n'est plus nécessaire.

Au moment de l'accouchement ou quand la femme revient après son accouchement, le médecin référent remplira la fiche « **Annexe femme enceinte 2 : renseignements sur l'accouchement** AACC ». Pour les prochaines visites de la femme en tant que PVVIH, il utilisera la « **Fiche de suivi** S ».

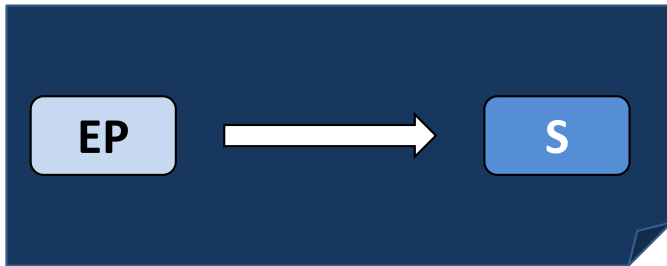
Pour les différentes visites de suivi de son enfant, le médecin référent notera les renseignements dans la fiche « **Annexe femme enceinte 3 : fiche de suivi du nouveau-né** ANNS ». Après le dépistage de l'infection de l'enfant, le médecin référent complètera la fiche « **Annexe femme enceinte 4 : statut sérologique du nouveau-né** ANN ».



Pour les différentes visites de suivi de l'enfant, le médecin référent notera les renseignements dans la fiche « **Annexe femme enceinte 3 : fiche de suivi du nouveau-né** ANNS ». Après le dépistage de l'infection de l'enfant, le médecin référent complètera la fiche « **Annexe femme enceinte 4 : statut sérologique du nouveau-né** ANN ».

Si le bébé est de statut négatif, les visites de suivi chez le médecin référent sont terminées. Par contre, si le bébé est de statut positif, le médecin référent intégrera l'enfant dans la file active et remplira la « **Fiche patient enfant (<15 ans) première visite** EP » et ensuite « **Fiche de suivi** S ».

**Au moment de la découverte du VIH positif
Si la PVVIH est enfant (<15 ans)**

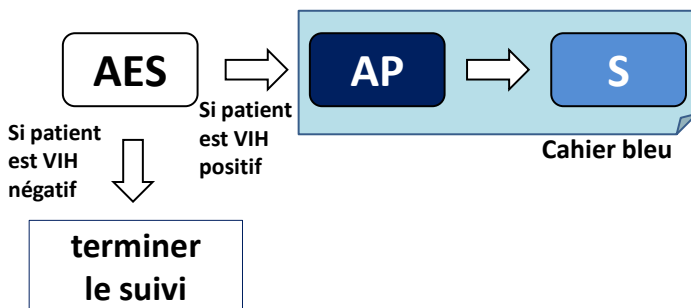


Cahier jaune

Au moment de la première visite d'un enfant séropositif, c'est-à-dire une personne < 15ans, chez un médecin référent, le médecin référent utilise la « **Fiche patient enfant (<15 ans) première visite** **EP** ». ».

Quand l'enfant revient pour ses visites régulières, le médecin référent utilisera la « **Fiche de suivi** **S** ». ».

À l'accident d'exposition au sang (AES)



Pour un cas d'accident d'exposition au sang, le médecin référent utilisera la « **Fiche accident d'exposition au sang** **AES** ». ».

Si la personne exposée n'est pas infectée à la suite de l'accident, les visites chez le médecin référent sont terminées.

Par contre, si la personne exposée est **déjà séropositive** après l'accident, le médecin référent intégrera cette personne dans la file active et il remplira la « **Fiche patient adulte (≥15ans) première visite** **AP** ». ».

Quand le patient revient pour ses visites régulières, le médecin référent utilisera la « **Fiche de suivi** **S** ». ».

INSTRUCTIONS POUR LE REMPLISSAGE

« FICHE PATIENT ADULTE PREMIERE VISITE »

Principes

Cette fiche est un support pour le recueil des informations médico-psychosociales sur les Personnes Vivant avec le VIH lors de la 1ère consultation chez le médecin référent, et fera l'objet d'une évaluation exhaustive initiale. Les données seront collectées à partir de l'examen du patient et des différents supports tels que: fiche de référence, fiche d'analyse... et en suivant les principes énumérés ci-dessous :

- * Il est important de bien remplir toutes les rubriques de la fiche pour la bonne prise en charge
- * Cocher clairement la rubrique concernée sans ambiguïté.
- * Ecrire lisiblement, ou en majuscules.
- * Ne pas surcharger la fiche.
- * Ranger la fiche de façon confidentielle dans le dossier du patient après usage.

Code d'identification nationale

Comment codifier les PVVIH: adopter le système de codification validé lors de la réunion de coordination nationale sur la prise en charge des PVVIH en Septembre 2006. Ex:

N° d'enregistrement ou N° d'ordre (en trois chiffres)	Année de découverte	Code du Médecin Référent	Age de la PVVIH	Sexe
004	12	02 DIE	29	F/M

Date de la visite Ecrire la date d'enregistrement du patient chez le médecin référent

IDENTIFICATION DU CENTRE DU TRAITEMENT

- 1 Ecrire le nom du centre de référence (ex: CHU Befelatanana) .
- 2 Ecrire le nom du service de soins (ex : Service Maladies infectieuses).
- 3 Ecrire le nom du District sanitaire (ex : Antananarivo Renivohitra).
- 4 Ecrire le nom de la région (ex : Analamanga).
- 5 Ecrire le nom médecin référent.
- 6 Cocher la case correspondant à votre réponse :
 - s'il s'agit d'une référence : cocher OUI et rayer Transfert, (Référence veut dire un patient dépisté dans un CSB par exemple, et est référé vers le médecin référent).
 - S'il s'agit de transfert : cocher OUI et rayer référence, (Transfert veut dire un patient transféré d'un médecin référent vers un autre médecin référent).Si OUI Compléter les renseignements demandés sur le transfert ou la référence.

RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT

- 7 Ecrire le nom et le(s) prénom(s) du patient, son appellation/surnom (ex : iaban'i koto).
- 8 Ecrire la date de naissance, son âge en année.
- 9 Cocher la case correspondant au sexe du patient (Masculin ou Féminin).

Ministère de la Santé Publique

Programme National de
Lutte contre les IST/SIDA

Code d'identification nationale

--

FICHE PATIENT ADULTE (≥15ans) PREMIERE VISITE



Date de la visite

_	/	_	/	_	/	_	/	_
---	---	---	---	---	---	---	---	---

IDENTIFICATION DU CENTRE DE TRAITEMENT

1	Nom du centre:	
2	Nom du service :	
3	District:	
4	Région:	
5	Nom du Médecin référent:	
6	Référence/Transfert(reçu) : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
	Si Oui	Nom du centre qui a référé/transféré
		Numéro de référence/transfert:

RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT

7	Nom et prénoms:	-----			
	Appellation/Surnom:	-----			
8	Date de naissance: _/ _/ _/ _/	Age:	ans		
9	Sexe:	Masculin <input type="checkbox"/>	Féminin <input type="checkbox"/>		
10	Situation matrimoniale:	Célibataire <input type="checkbox"/>	Marié <input type="checkbox"/>	En union libre <input type="checkbox"/>	
		Divorcé <input type="checkbox"/>	Veuf (ve) <input type="checkbox"/>		
11	Nombre d'enfants:	Vivants:	Décédés:		
12	Nationalité:				
13	Profession:				
14	Niveau d'instruction:	Illettré <input type="checkbox"/>	Primaire <input type="checkbox"/>	Secondaire <input type="checkbox"/>	Universitaire <input type="checkbox"/>
15	Adresse complète:	Tél personnel:			
16	Personne à contacter (Nom , adresse et tél):				

- 10 Cocher la case correspondant à votre réponse : N.B : L'union libre inclut le concubinage.
- 11 Ecrire le nombre d'enfants (au total), le nombre d'enfants vivants, le nombre d'enfants décédés.
- 12 Mentionner sa nationalité.
- 13 Ecrire sa profession.
- 14 Cocher la case correspondant à son niveau d'instruction.
- 15 Ecrire l'adresse complète et exacte du patient et son numéro de téléphone.
- 16 Ecrire le nom et le contact téléphonique d'une personne à contacter en cas de besoin.
- 17 Habitudes toxiques : cocher la case correspondant à votre réponse et compléter les renseignements demandés.
- 18 Contraception actuelle : cocher la case correspondant à la réponse du client, et en préciser le type. Ex : pilule, DIU.
- 19 Orientation sexuelle : Cocher la case correspondant à la réponse du patient.
- 20 Facteurs de risque: Cocher la(les) case(s) correspondante(s).

DECOUVERTE DE LA SEROPOSITIVITE

- 21 Ecrire la date (jour, mois, année) et le lieu de dépistage (ex CSB 2 Isotry central).
- 22 Cocher la case correspondant à la réponse du patient,
Si la réponse est Clinique/biologique: donner le(s) signe(s) qui amène(nt) à faire le test (ex: AEG, thrombopénie...) ; si autre: ex au cours Don de sang.
- 23 Cocher la case correspondant à la réponse.
- 24 Cocher la case correspondant à la réponse.

ANTECEDENTS

- 25 Cocher la (les) case (s) correspondant aux antécédents du patient.

EXAMEN CLINIQUE

- 26 **Motif de consultation:** Ecrire le motif de consultation.
- 27 **Histoire de la maladie :** Décrire brièvement l'histoire de la maladie.

17	Habitudes toxiques:	a: Tabac: Oui <input type="checkbox"/> (_____ tiges / jour, depuis quand: _____) Non <input type="checkbox"/>
		Sevré : Oui <input type="checkbox"/> (depuis quand: _____) Non <input type="checkbox"/>
		b: Alcool: Oui <input type="checkbox"/> (_____ Verres / jour, depuis quand: _____) Non <input type="checkbox"/>
		Sevré : Oui <input type="checkbox"/> (depuis quand: _____) Non <input type="checkbox"/>
	c: Drogues: Oui <input type="checkbox"/> (injectable <input type="checkbox"/> Autres <input type="checkbox"/> : _____, depuis quand: _____)	Non <input type="checkbox"/>
18	Contraception actuelle <input type="checkbox"/> (à préciser) :	
19	Orientation sexuelle Hétérosexuelle <input type="checkbox"/> Homosexuelle <input type="checkbox"/> Bisexuelle <input type="checkbox"/>	
20	Facteurs de risque TDS <input type="checkbox"/> MSM <input type="checkbox"/> UDI <input type="checkbox"/> Travailleurs mobiles <input type="checkbox"/> Autres:	

DECOUVERTE DE LA SEROPOSITIVITE

21	Date de découverte de la séropositivité: _____ / _____ / _____ / Nom du centre de dépistage:
22	Motif du dépistage: Dépistage Volontaire <input type="checkbox"/> Grossesse (CPN) <input type="checkbox"/> Partenaires infectés <input type="checkbox"/> AES <input type="checkbox"/> Signes clinique/biologique <input type="checkbox"/> à préciser: _____ Autres <input type="checkbox"/> à préciser: _____
23	Profil sérologique: VIH1 <input type="checkbox"/> VIH2 <input type="checkbox"/> VIH1+2 <input type="checkbox"/> Ne sait pas VIH1ou2 <input type="checkbox"/>
24	Partenaire: Informé: Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Dépisté: Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas <input type="checkbox"/> Statut VIH: Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Méconnu <input type="checkbox"/>

ANTECEDENTS

25	IST <input type="checkbox"/> Transfusion sanguine <input type="checkbox"/> AES <input type="checkbox"/> Intervention chirurgicale <input type="checkbox"/> Toux chronique <input type="checkbox"/> Tuberculose <input type="checkbox"/> Diarrhée chronique <input type="checkbox"/> Amaigrissement <input type="checkbox"/> Herpès génital <input type="checkbox"/> Dermatose prurigineuse <input type="checkbox"/> Zona <input type="checkbox"/> Kaposi <input type="checkbox"/> Lymphome <input type="checkbox"/> Candidose buccale <input type="checkbox"/> Autres <input type="checkbox"/> (à préciser: ex: diabète, hypertension, prise de médicaments...)
----	---

EXAMEN CLINIQUE

26	Motif de consultation: ----- -----
27	Histoire de la maladie: ----- -----

- 28 **Examen général:** Compléter les paramètres mentionnés et préciser s'il y a d'autres signes.
- 29 **Signes respiratoires:** Cocher les cases correspondant à la réponse.
Préciser s'il y a d'autres signes et/ou préciser les caractéristiques des signes trouvés.
Ex : expectorations purulentes
- 30 **Signes digestifs:** Cocher les cases correspondant à la réponse, préciser s'il y a d'autres signes, et/ou préciser les caractéristiques des signes trouvés.
Ex : dimension de l'hépatomégalie
Ecrire les résultats du Toucher rectal (TR) .
- 31 **Signes tégumentaires:** Cocher les cases correspondant à la réponse, préciser s'il y a d'autres signes, et/ou préciser les caractéristiques des signes trouvés.
Ex : Zona surinfecté
- 32 **Signes neuropsychiatriques:** Cocher les cases correspondant à la réponse, préciser s'il y a d'autres signes et/ou préciser les caractéristiques des signes trouvés.
Ex : Trouble de la conscience , type coma
- 33 **Signes ganglionnaire et splénique:** Cocher les cases correspondant à la réponse préciser s'il y a d'autres signes et/ou préciser les caractéristiques des signes trouvés.
Ex : dimension de la splénomégalie
- 34 **Signes génito-urinaires:** Cocher les cases correspondantes à la réponse , préciser s'il y a d'autres signes et/ou préciser les caractéristiques des signes trouvés.
Ex : Caractéristiques de l'écoulement génital
Ecrire le résultat du Toucher vaginal (TV).
- 35 **Autres signes:**
Ecrire les signes, autres que ceux sont mentionnés ci-dessus, s'ils existent.

EXAMEN PARACLINIQUE

- 36 Cocher les examens demandés par X, écrire la date de prélèvement, transcrire les résultats des examens.
Ecrire dans "AUTRES", écrire les examens jugés nécessaires et demandés avec la date de prélèvement et résultats dès leur disponibilité Ex: Na⁺,K⁺.

CO-MORBIDITES

- 37 **Co-infection:** Cocher la case correspondante si le patient présente ou non de co-infection. Si oui, préciser en cochant la case correspondant à la réponse.
- 38 **Maladie opportuniste :** Cocher la case correspondante si le patient présente ou non de maladie opportuniste. Si oui, préciser en cochant la case correspondant à la réponse.
- 39 **Autres maladies associées :** Cocher la case correspondante si le patient présente ou non de maladies associées, exemple Diabète, maladie de Hodgking. Si oui, préciser en cochant la case correspondant à la réponse.

STADE DE L'INFECTION A VIH

- 40 Cocher la case correspondant à votre réponse.

CONCLUSION

- 41 Faire une conclusion sur l'état clinique et biologique du patient.

TRAITEMENT

- 42 Traitement antirétroviral actuel : cocher la case correspondante si le patient est oui ou non sous traitement ARV, si OUI écrire la date du début du traitement ARV et le schéma thérapeutique que le patient prend au moment de cette première visite.

Traitement antirétroviral prescrit:

Pour un patient ayant déjà eu un traitement ARV, cocher s'il y a ou non une décision de changement thérapeutique, si Oui écrire le motif.

Pour un patient n'ayant pas encore eu un traitement ARV, cocher s'il y a ou non une décision d'une instauration des ARV.

S'il y a changement ou non ou instauration de traitement, écrire le schéma thérapeutique (molécule).

- 43 Cocher la case correspondante si le patient reçoit ou non de traitement des infections opportunistes, si Oui, compléter le tableau en mentionnant la (les) maladie(s) et les médicaments prescrits et leurs posologies.

- 44 Cocher la case correspondante si le patient reçoit ou non d'autres prescriptions, si Oui, compléter le tableau en mentionnant la (les) maladie(s) et les médicaments prescrits et leurs posologies.

PROPHYLAXIE

- 45 Cocher la case correspondante si le patient reçoit une prophylaxie pour la toxoplasmose ou non. Si Oui, préciser la (es) molécule(s) utilisé(es) et la date de début.

- 46 Cocher la case correspondante si le patient reçoit une prophylaxie pour la pneumocystose ou non. Si Oui, préciser la (es) molécule(s) utilisé(es) et la date de début.

- 47 Cocher la case correspondante si le patient reçoit une prophylaxie pour Mycobactérium avium ou non. Si Oui, préciser la (es) molécule(s) utilisé(es) et la date de début.

STADE DE L'INFECTION A VIH

40	Stade clinique OMS	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
	Stade clinique CDC	A <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>	

CONCLUSION

41	
----	--

TRAITEMENT

42	Traitement antirétroviral actuel	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
	Si Oui: Date de début de traitement ARV : ____/____/____/		
	Schéma thérapeutique en cours		
	Traitement antirétroviral prescrit		
	Instauration	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
	Si Oui: Date d'instauration : ____/____/____/		
	Schéma thérapeutique		
	Changement	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Si oui, motif du changement:			
Date du changement : ____/____/____/			
Schéma thérapeutique			
43	Traitement d'infections opportunistes	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
	Infections Opportunistes	Médicaments et Posologie	
44	Autres prescriptions	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
	Maladies	Médicaments et Posologie	

PROPHYLAXIE

45	Toxoplasmose	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
	Si Oui, Préciser: Date de début ____/____/____/		
46	Pneumocystose	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
	Si Oui, Préciser: Date de début ____/____/____/		
47	Mycobacterium complex avium	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
	Si Oui, Préciser: Date de début ____/____/____/		

- 48 S'il y a d'autre(s) prophylaxie(s), préciser la (les) pathologie(s) et le(s) traitement(s) prescrit(s) avec la(les) date(s) de début.

PRISE EN CHARGE PSYCHOSOCIALE

- 49 Cocher si le patient est membre ou non d'une association de prise en charge psychosociale.
- 50 Cocher si le patient est bénéficiaire ou non d'une prise en charge psychosociale.
- 51 Cocher la (les) case(s) correspondant aux interventions reçues.
- 52 Mentionner le(s) nom(s) de l'intervenant social.
- 53 Mentionner l'association de prise en charge psychosociale à qui on a orienté le patient

OBSERVATIONS

- 54 Observations: Ecrire ici les éventuelles notes ou remarques sur le patient que vous jugez utiles mais qui ne sont pas incluses dans les rubriques sus citées.
Ex: - Cas des patients hospitalisés
- Aucun examen paraclinique fait par faute de moyen

PROCHAINE RENDEZ-VOUS

- 55 Ecrire la date du prochain rendez-vous.

DEVENIR DU PATIENT

- 56 A remplir quand le patient revient au prochain rendez-vous
- 57
- Si le patient est revenu à la consultation de suivi, cocher la case correspondant à « suivi ».
 - Si le patient ne revient pas au médecin référent, au bout de 6 mois après la dernière visite, cocher la case correspondant à « Perdu de vue ». Ecrire la date du dernier contact avec le malade (ex: la date où le patient est venu pour s'approvisionner en ARV).
 - Si le patient perdu de vue est revenu en consultation au médecin référent, cocher la case correspondant à "Perdu de vue récupéré". Ecrire la date de la récupération et le motif d'abandon.
 - Si le patient est décédé, cocher la case correspondant à « Décédé ». Ecrire la date et la cause du décès.
 - Si le patient est transféré à d'autre centre de traitement, cocher la case correspondant à "Transféré". Ecrire la date, le motif du transfert et le centre qui reçoit.

48	Autre prophylaxie	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

Si Oui, Préciser:			
Date de début _____ / _____ / _____ /			

PRISE EN CHARGE PSYCHOSOCIALE

49	Membre d'une association	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
50	Bénéficiaire d'une PEC psychosociale	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
51	Interventions reçues :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

Soutien psychologique <input type="checkbox"/> Education Thérapeutique <input type="checkbox"/> Visite à domicile <input type="checkbox"/>			
Appui nutritionnel <input type="checkbox"/> Appui socio-économique(AGR) <input type="checkbox"/> Réinsertion familiale <input type="checkbox"/>			
Accompagnement juridique <input type="checkbox"/> Réinsertion professionnelle <input type="checkbox"/>			
Autres (à préciser) :			
52	Nom(s) de l'intervenant social:		
53	Orientation vers une prise en charge psychosociale:	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Si Oui, préciser:			

OBSERVATIONS

54	
----	--

PROCHAIN RENDEZ-VOUS

55	Date du prochain rendez-vous	_____ / _____ / _____ /
----	-------------------------------------	-------------------------

DEVENIR DU PATIENT

56	Date de notification du devenir	_____ / _____ / _____ /
57	Devenir	

Suivi <input type="checkbox"/>		

Perdu de vue <input type="checkbox"/>		Date du dernier contact _____ / _____ / _____ /
-----		-----
Perdu de vue récupéré <input type="checkbox"/>		Date de la récupération _____ / _____ / _____ /
-----		Cause
-----		-----
Décédé <input type="checkbox"/>		Date du décès _____ / _____ / _____ /
-----		Cause de décès
-----		-----
Transféré <input type="checkbox"/>		Date du transfert _____ / _____ / _____ /
-----		Motif du transfert
-----		Centre qui reçoit
-----		Numero de transfert

INSTRUCTIONS POUR LE REMPLISSAGE

« FICHE DE SUIVI »

Principes

Cette fiche est un support pour le recueil des informations médico-psychosociales sur les Personnes Vivant avec le VIH lors des **visites régulières**, c'est à dire **tous les trois mois** chez le médecin

réfèrent, et fera l'objet d'une évaluation exhaustive initiale. Les données seront collectées à partir de l'examen du patient et des différents supports tels que: fiche de référence, fiche

- * Il est important de bien remplir toutes les rubriques de la fiche pour la bonne prise en charge
- * Cocher clairement la rubrique concernée sans ambiguïté.
- * Ecrire lisiblement, ou en majuscules.
- * Ne pas surcharger la fiche.
- * Ranger la fiche de façon confidentielle dans le dossier du patient après usage.

Code d'identification nationale

Comment codifier les PVVIH: adopter le système de codification validé lors de la réunion de coordination nationale sur la prise en charge des PVVIH en Septembre 2006. Ex:

N°d'enregistrement ou N° d'ordre (en trois chiffres)	Année de découverte	Code du Médecin Réfèrent	Age de la PVVIH	Sexe
004	12	02 DIE	29	F/M

Date de la visite: Ecrire la date de la visite du patient chez le médecin réfèrent

MOTIFS DE LA CONSULTATION

- 1 Mentionner le motif de la visite (ex visite de suivi de routine ou consultation à la suite d'un évènement ou consultation en présence d'un symptôme...
Ex :- visite de suivi de routine,
- présence d'une dermatose

EVENEMENTS MARQUANTS

- 2 Mentionner les évènements marquants sur la santé (ex: une pathologie) sur sa vie socio- professionnelle (ex: décès de son enfant, changement de travail), qui ont eu lieu entre les visites régulières, en dehors des centres de référence.

EXAMENS CLINIQUE ET BIOLOGIQUE

- 3 Examen général: Compléter les paramètres mentionnés et préciser s'il y a d'autres signes.
- 4 Ecrire les signes cliniques observés au cours de cette consultation.

Ministère de la Santé Publique

Programme National de
Lutte contre les IST/SIDA

Code d'identification nationale

--

FICHE DE SUIVI
VISITE N°



Date de la visite

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

MOTIFS DE LA CONSULTATION

1	
---	--

EVENEMENTS MARQUANTS

2	
---	--

EXAMENS CLINIQUE ET BIOLOGIQUE

3	Examen général:
	Poids: kg Taille: cm IMC(Poids/taillé ²):
	TA: / Pouls: /min T°: °C
	Autres:

4	Signes cliniques :
---	---------------------------

EXAMEN PARACLINIQUE

- 5 Cocher les examens demandés par X, écrire la date de prélèvement, transcrire les résultats des examens.

Ecrire dans "AUTRES", écrire les examens jugés nécessaires et demandés avec la date de prélèvement et résultats dès leur disponibilité Ex: BAAR, Na+, K+.

CO-MORBIDITES

- 6 **Co-infection:** Cocher la case correspondante si le patient présente ou non de co-infection. Si oui, préciser en cochant la case correspondant à la réponse.
- 7 **Maladie opportuniste :** Cocher la case correspondante si le patient présente ou non de maladie opportuniste. Si oui, préciser en cochant la case correspondant à la réponse.
- 8 **Autres maladies associées :** Cocher la case correspondante si le patient présente ou non de maladies associées, exemple Diabète, maladie de Hodgking. Si oui, préciser en cochant la case correspondant à la réponse.

EXAMEN PARACLINIQUE

5	Examens	Examen demandé	Date prélèvement	Résultats
	Taux CD4			
	Charge virale			
	Hb			
	Globules blancs			
	Lymphocytes totaux			
	Plaquettes			
	ALAT			
	ASAT			
	Glycémie à jeun			
	Créatininémie			
	Cholestérolémie totale			
	HDL			
	LDL			
	Triglycéridémie			
	Protéinurie			
	Ag HbS			
	Ac anti - HbS			
	Sérologie hépatite C			
	Sérologie syphilis			
	Frottis cervico-vaginal de dépistage			
	Autres			

CO-MORBIDITES

6	Co-infection Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Si Oui, préciser : Tuberculose <input type="checkbox"/> Hépatite B <input type="checkbox"/> Hépatite C <input type="checkbox"/>
7	Maladie opportuniste Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Si Oui, préciser :
8	Autres maladies associées Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Si Oui, préciser :

STADE DE L'INFECTION A VIH

- 9 Cocher la case correspondant à votre réponse.

CONCLUSION

- 10 Faire une conclusion sur l'état clinique et biologique du patient.

TRAITEMENT

- 11 **Traitement antirétroviral actuel** : cocher la case correspondante si le patient est sous traitement ARV ou non. Si OUI, écrire la date de début et le schéma thérapeutique que le patient prend au moment de cette visite.

Observance: Cocher la case correspondant à votre réponse.

Mentionner la cause si le patient n'est pas observant.

Préciser la (es) conduite(s) à tenir découlant de cette (ces) cause(s).

Intolérance :Cocher la case correspondant à votre réponse.

Préciser la molécule source d'intolérance et les manifestations, dans ce cas veuillez remplir et envoyer la fiche de pharmaco-vigilance.

Préciser la (es) conduite(s) à tenir suite à cette intolérance.

Traitement antirétroviral prescrit:

Pour un patient n'ayant pas encore eu un traitement ARV, cocher s'il y a une décision d'une instauration des ARV ou non. Préciser la date d'instauration et le schéma thérapeutique (molécules).

Pour un patient ayant déjà eu un traitement ARV, cocher s'il y a une décision de changement thérapeutique ou non. Si Oui, écrire le motif et le schéma thérapeutique (molécules).

- 12 **Traitements des infections opportunistes**
Cocher la case correspondante si le patient reçoit de traitement des infections opportunistes ou non. si Oui, compléter le tableau en mentionnant la (les) maladie(s) et les médicaments prescrits et leurs posologies.
- 13 **Autres prescriptions**: Cocher la case correspondante si le patient reçoit d'autres prescriptions ou non. Si Oui, compléter le tableau en mentionnant la (les) maladie(s) et les médicaments prescrits et leurs posologies.

STADE DE L'INFECTION A VIH

9	Stade clinique OMS	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
	Stade clinique CDC	A <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>	

CONCLUSION

10	
----	--

TRAITEMENT

11	Traitement antirétroviral actuel Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
	Si Oui: Date de début de traitement ARV : ____/____/____/	
	Schéma thérapeutique en cours	
	Observance Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
	Si non Pourquoi? CAT:	
	Intolérance Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Si oui, préciser CAT:		
Traitement antirétroviral prescrit		
Instauration Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
Si Oui: Date d'instauration : ____/____/____/		
Schéma thérapeutique		
Changement Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
Si oui, motif du changement: Date du changement : ____/____/____/		
Schéma thérapeutique		
12	Traitements des infections opportunistes Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
	Infections Opportunistes	Médicaments et Posologie
13	Autres prescriptions Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
	Maladies	Médicaments et Posologie

PROPHYLAXIE

- 14 Cocher la case correspondante si le patient reçoit une prophylaxie pour la toxoplasmose ou non. Si Oui, préciser la (es) molécule(s) utilisé(es) et la date de début.
- 15 Cocher la case correspondante si le patient reçoit une prophylaxie pour la pneumocystose ou non. Si Oui, préciser la (es) molécule(s) utilisé(es) et la date de début.
- 16 Cocher la case correspondante si le patient reçoit une prophylaxie pour Mycobactérium avium ou non. Si Oui, préciser la (es) molécule(s) utilisé(es) et la date de début.
- 17 S'il y a d'autre(s) prophylaxie(s), préciser la (les) pathologie(s) et le(s) traitement(s) prescrit(s) avec la(les) date(s) de début.

PRISE EN CHARGE PSYCHOSOCIALE

- 18 Cocher si le patient est membre d'une association de prise en charge psychosociale ou non.
- Cocher si le patient est bénéficiaire d'une prise en charge psychosociale ou non, même si elle est ponctuelle.
- Cocher la (les) case(s) correspondant aux interventions reçues.
- Mentionner le(s) nom(s) de l'intervenant social.
- Mentionner l'institution de prise en charge psychosociale à qui on a orienté le patient.

OBSERVATIONS

- 19 Observations:
- * Ecrire ici les éventuelles notes ou remarques sur le patient que vous jugez utiles mais qui ne sont pas incluses dans les rubriques sus citées.
- Ex: - Cas des patients hospitalisés
- examen paraclinique non fait par faute de moyen
- Tous les renseignements et notes concernant les consultations entre deux visites régulières sont aussi à inscrire dans cette case « observations ».

PROPHYLAXIE

14	Toxoplasmose Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Si Oui, Préciser: Date de début ____ / ____ / ____ /
15	Pneumocystose Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Si Oui, Préciser: Date de début ____ / ____ / ____ /
16	Mycobacterium complex avium Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Si Oui, Préciser: Date de début ____ / ____ / ____ /
17	Autre prophylaxie Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Si Oui, Préciser: Date de début ____ / ____ / ____ /

PRISE EN CHARGE PSYCHOSOCIALE

18	Membre d'une association Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Bénéficiaire d'une PEC psychosociale Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Interventions reçues : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Soutien psychologique <input type="checkbox"/> Education Thérapeutique <input type="checkbox"/> Visite à domicile <input type="checkbox"/>
	Appui nutritionnel <input type="checkbox"/> Appui socio-économique(AGR) <input type="checkbox"/> Réinsertion familiale <input type="checkbox"/>
	Accompagnement juridique <input type="checkbox"/> Réinsertion professionnelle <input type="checkbox"/>
	Autres (à préciser) :
	Nom(s) de l'intervenant social:
Orientation vers une prise en charge psychosociale: Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Si Oui, préciser:	

OBSERVATIONS

19	
----	--

PROCHAIN RENDEZ-VOUS

20 Ecrire la date du prochain rendez-vous.

DEVENIR DU PATIENT

21 A remplir quand le patient revient au prochain rendez-vous

22 •Si le patient est revenu à la consultation de suivi, cocher la case correspondant à « suivi ».

•Si le patient ne revient pas au médecin référent, au bout de 6 mois après la dernière visite, cocher la case correspondant à « Perdu de vue ». Ecrire la date du dernier contact avec le malade (ex: la date où le patient est venu pour s'approvisionner en ARV).

•Si le patient perdu de vue est revenu en consultation au médecin référent, cocher la case correspondant à "Perdu de vue récupéré". Ecrire la date de la récupération et le motif d'abandon.

•Si le patient est décédé, cocher la case correspondant à « Décédé ». Ecrire la date et la cause du décès.

•Si le patient est transféré à d'autre centre de traitement, cocher la case correspondant à "Transféré". Ecrire la date, le motif du transfert et le centre qui reçoit.

OBSERVATIONS (suite)

19	
----	--

PROCHAIN RENDEZ-VOUS

20	Date du prochain rendez-vous _____/_____/_____/
----	---

DEVENIR DU PATIENT

21	Date de notification du devenir _____/_____/_____/																														
22	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 15%;">Devenir</td><td style="width: 35%;">Suivi <input type="checkbox"/></td><td style="width: 50%;"></td></tr><tr><td></td><td>Perdu de vue <input type="checkbox"/></td><td>Date du dernier contact _____/_____/_____/</td></tr><tr><td></td><td>Perdu de vue récupéré <input type="checkbox"/></td><td>Date de la récupération _____/_____/_____/</td></tr><tr><td></td><td></td><td>Cause</td></tr><tr><td></td><td>Décédé <input type="checkbox"/></td><td>Date du décès _____/_____/_____/</td></tr><tr><td></td><td></td><td>Cause de décès</td></tr><tr><td></td><td>Transféré <input type="checkbox"/></td><td>Date du transfert _____/_____/_____/</td></tr><tr><td></td><td></td><td>Motif du transfert</td></tr><tr><td></td><td></td><td>Centre qui reçoit</td></tr><tr><td></td><td></td><td>Numero de transfert</td></tr></table>	Devenir	Suivi <input type="checkbox"/>			Perdu de vue <input type="checkbox"/>	Date du dernier contact _____/_____/_____/		Perdu de vue récupéré <input type="checkbox"/>	Date de la récupération _____/_____/_____/			Cause		Décédé <input type="checkbox"/>	Date du décès _____/_____/_____/			Cause de décès		Transféré <input type="checkbox"/>	Date du transfert _____/_____/_____/			Motif du transfert			Centre qui reçoit			Numero de transfert
Devenir	Suivi <input type="checkbox"/>																														
	Perdu de vue <input type="checkbox"/>	Date du dernier contact _____/_____/_____/																													
	Perdu de vue récupéré <input type="checkbox"/>	Date de la récupération _____/_____/_____/																													
		Cause																													
	Décédé <input type="checkbox"/>	Date du décès _____/_____/_____/																													
		Cause de décès																													
	Transféré <input type="checkbox"/>	Date du transfert _____/_____/_____/																													
		Motif du transfert																													
		Centre qui reçoit																													
		Numero de transfert																													

INSTRUCTIONS POUR LE REMPLISSAGE

« ANNEXE FEMME ENCEINTE 1: PREMIERE VISITE »

Principes

Cette fiche est un support pour le recueil des informations sur les femmes enceintes séropositives lors de la 1ère consultation chez le médecin référent.

Pour une femme vue en première consultation chez le médecin référent, il remplira avec cette fiche la "Fiche Adulte Première Visite ou AP".

Pour une femme qui est déjà dans la file active du médecin référent et enceinte au moment d'une visite de suivi, il remplira cette fiche avec la "Fiche Suivi ou S" correspondant à ce moment de suivi.

Les données seront collectées à partir de l'examen du patient et des différents supports tels que: fiche de référence, fiche d'analyse, carnet de CPN chez un obstétricien ou une sage-femme... et en suivant les principes énumérés ci-dessous :

- * Il est important de bien remplir toutes les rubriques de la fiche pour la bonne prise en charge
- * Cocher clairement la rubrique concernée sans ambiguïté.
- * Ecrire lisiblement, ou en majuscules.
- * Ne pas surcharger la fiche.
- * Ranger la fiche de façon confidentielle dans le dossier du patient après usage.

Code d'identification nationale

Comment codifier les PVVIH: adopter le système de codification validé lors de la réunion de coordination nationale sur la prise en charge des PVVIH en Septembre 2006. Ex:

N°d'enregistrement ou N° d'ordre (en trois chiffres)	Année de découverte	Code du Médecin Référent	Age de la PVVIH	Sexe
004	12	02 DIE	29	F/M

Date de la visite Ecrire la date de la visite chez le médecin référent.

IDENTIFICATION DU CENTRE DE CPN

- 1 Ecrire le nom du centre de CPN (ex: CHU Befelatanana) .
- 2 Ecrire le nom et prénoms des responsables qui fait la CPN(Sage-femme/gynécologue).

RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT

- 3 Ecrire le nombre total d'enfants avec le nombre d'enfants vivants et décédés. Citer toutes les causes de décès, si possible.

ANTECEDENTS OBSTETRICAUX

- 4 Compléter les renseignements demandés.

EXAMEN OBSTETRICAL

- 5 Compléter les renseignements demandés. Pour MAF et BdCF, écrire + si positif et - si négatif. Si l'examen n'est pas fait par le médecin référent, ces renseignements seront à collecter dans le carnet de CPN de la femme.

Ministère de la Santé Publique

Programme National de
Lutte contre les IST/SIDA

Code d'identification nationale

--

ANNEXE FEMME ENCEINTE 1 : PREMIERE VISITE

AFP

Date de la visite

_ / _ / _

IDENTIFICATION DU CENTRE DE CPN

1	Nom du centre de CPN:
2	Nom et prénoms des responsables qui fait la CPN(Sage-femme/gynécologue) :

RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT

3	Nombre d'enfants	Vivants: _____	Décédés: _____
		Si décédés, cause(s):	

ANTECEDENTS OBSTETRICAUX

4	Gestité _____
	Parité _____ : (à terme _____ prématuré _____ mort-né _____)
	Avortements _____

EXAMEN OBSTETRICAL

5	Examen obstétrical:	Date : _____ / _____ / _____
	Age gestation _____ SA _____ J	
	DDR _____ / _____ / _____	DPA _____ / _____ / _____
	HU _____ cm	
	MAF	BdCf
	Présentation	
	Bassin	
	Pathologies spécifiques	

PREVENTIONS AU COURS DE LA GROSSESSE

- 6 Cocher la case correspondant aux différentes prestations reçues par la patiente avant et au moment de la visite.

EXAMEN PARACLINIQUE

- 7 Cocher les examens demandés par X, écrire la date de prélèvement, transcrire les résultats des examens.

Ecrire dans "Autres", écrire les examens jugés nécessaires et demandés avec la date de prélèvement et résultats dès leur disponibilité.

CONCLUSION

- 8 Faire une conclusion sur l'état clinique et biologique de la patiente.

PROPHYLAXIE ARV

- 9 Si la femme n'est pas encore sous ARV avant la grossesse, est-ce qu'un traitement prophylactique est prescrit, à quelle semaine d'aménorrhée et préciser le schéma. Si non, préciser le motif.

OBSERVATIONS

- 10 Mentionner s'il y a des remarques ou des observations sur la femme.

PREVENTIONS AU COURS DE LA GROSSESSE

6	Vaccin antitetanique: VAT1 <input type="checkbox"/> VAT 2 <input type="checkbox"/> VAT3 et plus <input type="checkbox"/>
	TPI : 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
	Albendazole : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	FAF : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

EXAMEN PARACLINIQUE

7	Examens	Examen demandé	Date prélèvement	Résultats
	Sero toxo			
	Sero rubeole			
	Groupage			
	Protéunirie			
	Urine ASA			
	Echographie obstetricale			
	Autres			

CONCLUSION

8	
---	--

PROPHYLAXIE ARV

9	ARV prophylactique Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Si Oui: Date de début de la prophylaxie ARV: ____/____/____/____ (_____ SA)
	Schéma thérapeutique : _____
	Si Non: Pourquoi?

OBSERVATIONS

10	
----	--

INSTRUCTIONS POUR LE REMPLISSAGE

« FICHE DE SUIVI DU FEMME ENCEINTE »

Principes

Cette fiche est un support pour le recueil des informations sur les femmes enceintes séropositives lors de son premier suivi chez le médecin référent.

Les données seront collectées à partir de l'examen du patient et des différents supports tels que : fiche de référence, fiche d'analyse, carnet de CPN chez un obstétricien ou une sage-femme... et en suivant les principes énumérés ci-dessous :

- * Il est important de bien remplir toutes les rubriques de la fiche pour la bonne prise en charge.
- * Cocher clairement la rubrique concernée sans ambiguïté.
- * Ecrire lisiblement, ou en majuscules.
- * Ne pas surcharger la fiche.
- * Ranger la fiche de façon confidentielle dans le dossier du patient après usage.

NB : Pour les autres suivis ultérieurs, le médecin référent doit écrire dans la partie « observation » de cette fiche suivi femme enceinte : La date de ces suivis et les renseignements y afférents qui peuvent changer (ex : poids, tension artérielle, HU, présentation...)

L'utilisation d'autres fiches de suivi femme enceinte n'est plus nécessaire.

Code d'identification nationale

Comment codifier les PVVIH: adopter le système de codification validé lors de la réunion de coordination nationale sur la prise en charge des PVVIH en Septembre 2006. Ex:

N° d'enregistrement ou N° d'ordre (en trois chiffres)	Année de découverte	Code du Médecin Référent	Age de la PVVIH	Sexe
004	12	02 DIE	29	F/M

Date de la visite Ecrire la date d'enregistrement du patient chez le médecin référent.

MOTIFS DE LA CONSULTATION

- 1 Mentionner le motif de la visite (ex visite de suivi de routine ou consultation à la suite d'un évènement ou consultation en présence d'un symptôme:
Ex :- visite de suivi de routine,
- présence d'une dermatose

HISTOIRE DE LA MALADIE

- 2 Faire une synthèse de l'histoire de la maladie.

EVENEMENTS MARQUANTS

- 3 Mentionner les évènements marquants sur la santé (ex: une pathologie) sur sa vie socio- professionnelle (ex: décès de son enfant, changement de travail) .

EXAMEN CLINIQUE

- 4 **Examen général** : Compléter les paramètres mentionnés et préciser s'il y a d'autres
- 5 **Examen obstetrical**: Ecrire les signes cliniques observés au cours de cette consultation en se référant au carnet de CPN , ou la date de l'examen entrepris par le médecin lui-même .Et préciser la date écrite dans le carnet de CPN de la femme.

Ministère de la Santé Publique

Programme National de
Lutte contre les IST/SIDA

Code d'identification nationale

--

FICHE DE SUIVI DU FEMME ENCEINTE VISITE N°

FS

Date de la visite

	/		/		/	
--	---	--	---	--	---	--

MOTIFS DE LA CONSULTATION

1	
---	--

HISTOIRE DE LA MALADIE

2	
---	--

EVENEMENTS MARQUANTS

3	
---	--

EXAMEN CLINIQUE

4	Examen général:
	Poids: kg Taille: cm IMC(Poids/taille ²):
	TA: / Pouls: /min T°: °C
	Autres:
5	Examen obstétrical:
	Date : ____/____/____/
	Age gestation ____ SA ____ J
	DDR ____/____/____/ DPA ____/____/____/
	HU ____ cm
	MAF BdCf
	Présentation
Bassin	
Pathologies spécifiques	

PREVENTIONS AU COURS DE LA GROSSESSE

- 6 Cocher la case correspondant aux différentes prestations reçues par la patiente avant et au moment de la visite.

EXAMEN PARACLINIQUE

- 7 Cocher les examens demandés par X, écrire la date de prélèvement, transcrire les résultats des examens dès leur disponibilité.

Ecrire dans "AUTRES", écrire les examens jugés nécessaires et demandés avec la date de prélèvement et résultats dès leur disponibilité Ex: BAAR, Na⁺, K⁺.

CO-MORBIDITES

- 8 **Co-infection:** Cocher la case correspondante si le patient présente ou non de co-infection. Si oui, préciser en cochant la case correspondant à la réponse.

PREVENTIONS AU COURS DE LA GROSSESSE

6	Vaccin antitétanique: VAT1 <input type="checkbox"/> VAT 2 <input type="checkbox"/> VAT3 et plus <input type="checkbox"/>
	TPI : 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
	Albendazole : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	FAF : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

EXAMEN PARACLINIQUE

7	Examens	Examen demandé	Date prélèvement	Résultats
	Taux CD4			
	Charge virale			
	Hb			
	Globules blancs			
	Lymphocytes totaux			
	Plaquettes			
	ALAT			
	ASAT			
	Glycémie à jeun			
	Créatininémie			
	Cholestérolémie totale			
	HDL			
	LDL			
	Triglycéridémie			
	Protéinurie			
	Ag HbS			
	Ac anti - HbS			
	Sérologie hépatite C			
	Sérologie syphilis			
	Sérologie Toxo			
	Prélèvement vaginal			
	Autres			

CO-MORBIDITES

8	Co-infection Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Si Oui, préciser : Tuberculose <input type="checkbox"/> Hépatite B <input type="checkbox"/> Hépatite C <input type="checkbox"/>

- 9 **Maladie opportuniste** : Cocher la case correspondante si le patient présente ou non de maladie opportuniste. Si oui, préciser en cochant la case correspondant à la réponse.
- 10 **Autres maladies associées** : Cocher la case correspondante si le patient présente ou non de maladies associées, exemple Diabète, maladie de Hodgking. Si oui, préciser en cochant la case correspondant à la réponse.

STADE DE L'INFECTION A VIH

- 11 Cocher la case correspondant à votre réponse.

CONCLUSION

- 12 Faire une conclusion sur l'état clinique et biologique du patient.

TRAITEMENT

- 13 **Traitement antirétroviral actuel** : cocher la case correspondante si le patient est sous traitement ARV ou non. Si OUI, écrire la date de début et le schéma thérapeutique que le patient prend au moment de cette visite.

Observance: Cocher la case correspondant à votre réponse.

Mentionner la cause si le patient n'est pas observant.

Préciser la (es) conduite(s) à tenir découlant de cette (ces) cause(s).

Intolérance :Cocher la case correspondant à votre réponse.

Préciser la molécule source d'intolérance et les manifestations, dans ce cas veuillez remplir et envoyer la fiche de pharmaco-vigilance.

Préciser la (es) conduite(s) à tenir suite à cette intolérance.

Traitement antiretroviral prescrit:

Pour un patient n'ayant pas encore eu un traitement ARV, cocher s'il y a une décision d'une instauration des ARV ou non. Préciser la date d'instauration et le schéma thérapeutique (molécules).

Pour un patient ayant déjà eu un traitement ARV, cocher s'il y a une décision de changement thérapeutique ou non. Si Oui, écrire le motif et le schéma thérapeutique (molécules).

9	Maladie opportuniste	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Si Oui, préciser :			
10	Autres maladies associées	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Si Oui, préciser :			

STADE DE L'INFECTION A VIH

11	Stade clinique OMS	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Stade clinique CDC		A <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>	

CONCLUSION

12	
----	--

TRAITEMENT

13	Traitement antirétroviral actuel	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Si Oui: Date de début de traitement ARV : ____/____/____/			
Schéma thérapeutique en cours			
Observance		Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Si non Pourquoi?			
CAT:			
Intolérance		Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Si oui, préciser			
CAT:			
Traitement antirétroviral prescrit			
Instauration		Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Si Oui: Date d'instauration : ____/____/____/			
Schéma thérapeutique			
Changement		Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Si oui, motif du changement:			
Date du changement : ____/____/____/			
Schéma thérapeutique			

14 **Traitements des infections opportunistes**

Cocher la case correspondante si le patient reçoit de traitement des infections opportunistes ou non. Si Oui, compléter le tableau en mentionnant la (les) maladie(s) et les médicaments prescrits et leurs posologies.

- 15 **Autres prescriptions:** Cocher la case correspondante si le patient reçoit d'autres prescriptions ou non. Si Oui, compléter le tableau en mentionnant la (les) maladie(s) et les médicaments prescrits et leurs posologies.

PROPHYLAXIE ARV

- 16 Si la femme n'est pas encore sous ARV avant la grossesse, est-ce qu'un traitement prophylactique est prescrit, à quelle semaine d'aménorrhée et préciser le schéma. Demander si la femme est observante.

PROPHYLAXIE

- 17 Cocher la case correspondante si le patient reçoit une prophylaxie pour la toxoplasmose ou non. Si Oui, préciser la (es) molécule(s) utilisé(es) et la date de début.
- 18 Cocher la case correspondante si le patient reçoit une prophylaxie pour la pneumocystose ou non. Si Oui, préciser la (es) molécule(s) utilisé(es) et la date de début.
- 19 Cocher la case correspondante si le patient reçoit une prophylaxie pour Mycobactérium avium ou non. Si Oui, préciser la (es) molécule(s) utilisé(es) et la date de début.
- 20 S'il y a d'autre(s) prophylaxie(s), préciser la (les) pathologie(s) et le(s) traitement(s) prescrit(s) avec la(les) date(s) de début.

14	Traitements des infections opportunistes Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
	<table border="1"> <tr> <td>Infections Opportunistes</td> <td>Médicaments et Posologie</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	Infections Opportunistes	Médicaments et Posologie	
Infections Opportunistes	Médicaments et Posologie			
15	Autres prescriptions Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
	<table border="1"> <tr> <td>Maladies</td> <td>Médicaments et Posologie</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	Maladies	Médicaments et Posologie	
Maladies	Médicaments et Posologie			

PROPHYLAXIE ARV

16	ARV prophylactique Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Si Oui: Date de début de la prophylaxie ARV: ____/____/____/____ (____ SA)
	Schéma thérapeutique : _____
	Observance : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si Non: Pourquoi?	

PROPHYLAXIE

17	Toxoplasmose Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Si Oui, Préciser: Date de début ____/____/____/____
18	Pneumocystose Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Si Oui, Préciser: Date de début ____/____/____/____
19	Mycobacterium complex avium Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Si Oui, Préciser: Date de début ____/____/____/____
20	Autre prophylaxie Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Si Oui, Préciser: Date de début ____/____/____/____

PRISE EN CHARGE PSYCHOSOCIALE

- 21 Cocher si le patient est membre d'une association de prise en charge psychosociale ou non.

Cocher si le patient est bénéficiaire d'une prise en charge psychosociale ou non, même si elle est ponctuelle.

Cocher la (les) case(s) correspondant aux interventions reçues.

Mentionner le(s) nom(s) de l'intervenant social.

Mentionner l'institution de prise en charge psychosociale à qui on a orienté le patient.

OBSERVATIONS

- 22 Observations:

* Ecrire ici les éventuelles notes ou remarques sur le patient que vous jugez utiles mais qui ne sont pas incluses dans les rubriques sus citées.

Ex: - Cas des patients hospitalisés

- examen paraclinique non fait par faute de moyen

Tous les renseignements et notes concernant les consultations entre deux visites régulières sont aussi à inscrire dans cette case observations.

PRISE EN CHARGE PSYCHOSOCIALE

21	Membre d'une association	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
	Bénéficiaire d'une PEC psychosociale	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
	Interventions reçues :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
	Soutien psychologique <input type="checkbox"/>	Education Thérapeutique <input type="checkbox"/>	Visite à domicile <input type="checkbox"/>
	Appui nutritionnel <input type="checkbox"/>	Appui socio-économique(AGR) <input type="checkbox"/>	Réinsertion familiale <input type="checkbox"/>
	Accompagnement juridique <input type="checkbox"/>	Réinsertion professionnelle <input type="checkbox"/>	
	Autres (à préciser) :		
Nom(s) de l'intervenant social:			
Orientation vers une prise en charge psychosociale:		Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Si Oui, préciser:			

OBSERVATIONS

22	
----	--

- 22 Observations:
* Ecrire ici les éventuelles notes ou remarques sur le patient que vous jugez utiles mais qui ne sont pas incluses dans les rubriques sus citées.
Ex: - Cas des patients hospitalisés
- examen paraclinique non fait par faute de moyen
- Tous les renseignements et notes concernant les consultations entre deux visites régulières sont aussi à inscrire dans cette case observations.

PROCHAIN RENDEZ-VOUS

- 23 Ecrire la date du prochain rendez-vous.

DEVENIR DE LA GROSSESSE

- 24 A remplir après l'accouchement de la femme. Si l'issue de la grossesse est méconnue, cocher la case "méconnue" dans cette fiche et le devenir "perdue de vue" dans la fiche "AP" ou "S"

DEVENIR DE LA FEMME

- 25 A remplir quand la femme revient au prochain rendez-vous.
- 26
- Si la femme est revenue à la consultation de suivi, cocher la case correspondant à « suivi ».
 - Si la femme ne revient pas au médecin référent, au bout de 6 mois après la dernière visite, cocher la case correspondant à « Perdu de vue ». Ecrire la date du dernier contact avec le malade (ex: la date où le patient est venu pour s'approvisionner en ARV).
 - Si la femme perdue de vue est revenue en consultation au médecin référent, cocher la case correspondant à "Perdu de vue récupéré". Ecrire la date de la récupération et le motif d'abandon.
 - Si la femme est décédée, cocher la case correspondant à « Décédé ». Ecrire la date et la cause du décès.
 - Si la femme est transférée à d'autre centre de traitement, cocher la case correspondant à "Transféré". Ecrire la date, le motif du transfert et le centre qui reçoit.

OBSERVATIONS (suite)

22	
----	--

PROCHAIN RENDEZ-VOUS

23	Date du prochain rendez-vous _____/_____/_____/_____
----	--

DEVENIR DE LA GROSSESSE

24	Date de notification _____/_____/_____/_____
	Devenir de la grossesse Accouchée <input type="checkbox"/> Avortée <input type="checkbox"/> Méconnue <input type="checkbox"/>
	Si Accouchée: Date : _____/_____/_____/_____
	Lieu : _____
	Mode : Voie basse <input type="checkbox"/> Césarienne <input type="checkbox"/>
	Traitement ARV prophylactique : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

DEVENIR DE LA FEMME

25	Date de notification du devenir _____/_____/_____/_____		
26	Devenir	Suivi <input type="checkbox"/>	
	Perdu de vue <input type="checkbox"/>	Date du dernier contact	_____/_____/_____/_____
	Perdu de vue récupéré <input type="checkbox"/>	Date de la récupération	_____/_____/_____/_____
		Cause	
	Décédé <input type="checkbox"/>	Date du décès	_____/_____/_____/_____
		Cause de décès	
	Transféré <input type="checkbox"/>	Date du transfert	_____/_____/_____/_____
		Motif du transfert	
		Centre qui reçoit	
		Numero de transfert	

INSTRUCTIONS POUR LE REMPLISSAGE

« ANNEXE FEMME ENCEINTE 2: RENSEIGNEMENTS SUR L'ACCOUCHEMENT »

Principes

Cette fiche est un support pour le recueil des informations sur l'accouchement.

Les données seront collectées à partir de l'examen du patient et des différents supports tels que: fiche de référence, fiche d'analyse, carnet de CPN chez un obstétricien ou une sage-femme... et en suivant les principes énumérés ci-dessous :

- * Il est important de bien remplir toutes les rubriques de la fiche pour la bonne prise en charge
- * Cocher clairement la rubrique concernée sans ambiguïté.
- * Ecrire lisiblement, ou en majuscules.
- * Ne pas surcharger la fiche.
- * Ranger la fiche de façon confidentielle dans le dossier du patient après usage.

Code d'identification nationale

Comment codifier les PVVIH: adopter le système de codification validé lors de la réunion de coordination nationale sur la prise en charge des PVVIH en Septembre 2006. Ex:

N°d'enregistrement ou N° d'ordre (en trois chiffres)	Année de dé couverte	Code du Médecin Référent	Age de la PVVIH	Sexe
004	12	02 DIE	29	F/M

ISSUE DE L'ACCOUCHEMENT

- 1 Transcrire la date de l'accouchement (J/M/A).
- 2 Mentionner le lieu de l'accouchement.
- 3 Cocher le mode d'accouchement.
- 4 Transcrire l'âge de la grossesse en semaine d'aménorrhée.
- 5 Cocher la case correspondant à la réponse concernant l'issue du nouveau-né.
« Prématuro » veut dire bébé accouché avant terme.
MFU veut dire Mort foetale in utéro Compléter les renseignements demandés.
PC: périmètre crânien, PT: périmètre thoracique, PB: périmètre bracial
et préciser s'il y a une malformation dépistée. Ex :imperforation anale,...

ARV PROPHYLACTIQUE

- 6 Cocher la case correspondant à la réponse concernant l'ARV prophylactique du nouveau né.
- Si Oui, préciser l'heure par rapport à la coupure du cordon ombilical et aussi la/les molécules utilisée(s)
- Si Non, donner la motif.
- 7 Cocher la case correspondant à la réponse concernant le renforcement prophylactique de la mère:
Si Oui, préciser le début par rapport au début du travail et la fin par rapport à la coupure du cordon ombilical et aussi la molécule utilisée.
Si Non, donner le motif.

MODE D'ALIMENTATION

- 8 Cocher la case correspondant à la réponse sur le mode d'alimentation du nouveau- né.

OBSERVATIONS

- 9 Mentionner s'il y a des éventuelles remarques.

--

ANNEXE FEMME ENCEINTE 2 : RENSEIGNEMENTS SUR L'ACCOUCHEMENT

AACC

Date de la visite

_ / _ / _	_ / _ / _	_ / _ / _	_ / _ / _
-----------	-----------	-----------	-----------

ISSUE DE L'ACCOUCHEMENT

1	Date :	_ / _ / _ / _ / _ / _
2	Lieu :	_____
3	Mode :	Voie basse <input type="checkbox"/> Césarienne <input type="checkbox"/>
4	Age grossesse :	_____ SA _____ J
5	Nouveau Né :	Vivant <input type="checkbox"/> Prématuré <input type="checkbox"/> Mort-né <input type="checkbox"/> MFU <input type="checkbox"/>
	Sexe	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
	APGAR	1ère mn _____ 5ème mn _____
	Poids	_____ g
	Taille	_____ cm
	PC	_____ cm
	PT	_____ cm
	PB	_____ cm
	Malformation dépistée:	_____

ARV PROPHYLACTIQUE

6	ARV prophylactique Nouveau né :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Si OUI :	début : _____ Heures
		préciser : _____
	Si NON,	pourquoi? _____
7	Renforcement de la prophylaxie de la mère :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Si OUI :	début : _____ Heures
		préciser : _____
	Si NON,	pourquoi? _____

MODE D'ALIMENTATION

8	AMPE <input type="checkbox"/>	(Protégé par ARV : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Allaitement artificiel <input type="checkbox"/>	Allaitement mixte <input type="checkbox"/>
---	-------------------------------	--	---	--

OBSERVATIONS

9	
---	--

INSTRUCTIONS POUR LE REMPLISSAGE

"SUIVI CLINIQUE ET DEVELOPPEMENT PSYCHOMOTEUR DU NOUVEAU NE"

Principes

Cette fiche est un support pour le recueil des informations médicales du nouveau-né né d'une mère séropositive lors de la visite de suivi chez le médecin référent, et fera l'objet d'une évaluation exhaustive initiale. Les données seront collectées à partir de l'examen du nouveau-né et des différents supports tels que: fiche de référence, fiche d'analyse...

* Pour chaque visite, remplir une colonne, sauf pour la rubrique "observations" qui sera remplie en ligne.

Code d'identification nationale

Comment codifier les PVVIH: adopter le système de codification validé lors de la réunion de coordination nationale sur la prise en charge des PVVIH en Septembre 2006. Ex:

N° d'enregistrement ou N° d'ordre (en trois chiffres)	Année de découverte	Code du Médecin Référent	Age de la PVVIH	Sexe
004	12	02 DIE	29	F/M

1 **Date de la visite**

Ecrire la date de la visite tout en respectant les rythmes de suivi ci-après selon l'âge de l'enfant, sauf en cas de maladie.

S1-S4; S6-S18; M6; M9; M11; M12; M18; >18 mois. (S= semaine, M=mois)

2 **Age**

Age de l'enfant au moment de la visite.

3 **Examen général**

Remplir les renseignements demandés.

4 **Examens cliniques**

Cocher par un "X" la case correspondant si le symptôme/ la maladie existe. Ne rien écrire si le symptôme/ la maladie n'existe pas.

Pour le développement psychomoteur, mettre "N" si c'est normal et "R" s'il y a retard.

Préciser dans "Observations" le(s) type(s) de dermatose observée, ex: mycose, prurigo, herpès, teigne, zona, pyodermite, etc ou les autres renseignements utiles sur la fontanelle par exemple.

5 **Examens paracliniques**

Mentionner les différents examens biologiques et imagerie demandés avec leurs résultats.

--

**ANNEXE FEMME ENCEINTE 3 :
SUIVI CLINIQUE ET DEVELOPPEMENT PSYCHOMOTEUR
DU NOUVEAU NE**



1	Date de la visite						
2	Age						
3	Examen général						
	Poids						
	Taille						
	Température						
	Périmètre crânien						
	Périmètre brachial						
4	Examens cliniques						
	Ictère						
	Hépatomégalie						
	Splénomégalie						
	Adénopathies isolées						
	Adénopathies multiples						
	Développement psychomoteur						
	Toux chronique						
	Dyspnée						
	Pharyngite						
	Otite						
	Candidose oro-pharyngée						
	Diarrhée chronique						
	Dermatoses						
5	Examens paracliniques						

6 **Statut vaccinal**

Cocher par un "X" si le vaccin a été fait. Ne rien écrire si le vaccin n'a pas encore été fait.
Préciser les noms des autres vaccins faits et cocher la case correspondant à la date.

7 **Prophylaxie au Cotrimoxazole**

Cocher par un "X" la case correspondant à la prise effective.

8 **Nutrition**

Cocher par un "X" la case correspondant à la réponse de la mère sur le mode d'alimentation de son nouveau-né (Allaitement Maternel Précoce exclusif ou alimentation par substitut du lait maternel) .

Pour la supplémentation en vit A, écrire la dose administrée dans la case correspondante selon le protocole national ci-dessous:

S6: 50 000 UI (**une goutte que ce soit pour la capsule bleue ou pour la capsule rouge**); M6: 100 000 UI; à partir M12: 200 000 UI tous les 6 mois.

Si le déparasitage a eu lieu, cocher par "X" la case correspondante.

9 **Observations**

Mettre les dates dans la colonne et écrire les observations correspondant à cette date dans les lignes.

Ex d'observations: caractéristiques des dermatoses, pathologies sur d'autres appareils, diagnostics et prise en charge, ...

1	Date de la visite						
2	Age						
6	Statut vaccinal						
	BCG						
	DTCoqHépB ACTHib1						
	DTCoqHépB ACTHib2						
	DTCoqHépB ACTHib3						
	Polio 0						
	Polio 1						
	Polio 2						
	Polio 3						
	ATR (anti-rougeoleux)						
7	Prophylaxie au Cotrimoxazole						
	Prise effective						
8	Nutrition						
	AMPE protégé par ARV						
	Allaitement artificiel						
	Vitamine A						
	Déparasitage						

9	Observations						
	Date de la visite						

INSTRUCTIONS POUR LE REMPLISSAGE

« ANNEXE FEMME ENCEINTE 4: STATUT SEROLOGIQUE DU NOUVEAU-NE »

Principes

Cette fiche est un support pour le recueil des informations sur STATUT SEROLOGIQUE DU NOUVEAU-NE .

Les données seront collectées à partir de l'examen du patient et des différents supports tels que: fiche de référence, fiche d'analyse, carnet de CPN chez un obstétricien ou une sage-femme... et en suivant les principes énumérés ci-dessous :

- * Il est important de bien remplir toutes les rubriques de la fiche pour la bonne prise en charge
- * Cocher clairement la rubrique concernée sans ambiguïté.
- * Ecrire lisiblement, ou en majuscules.
- * Ne pas surcharger la fiche.
- * Ranger la fiche de façon confidentielle dans le dossier du patient après usage.

Code d'identification nationale

Comment codifier les PVVIH: adopter le système de codification validé lors de la réunion de coordination nationale sur la prise en charge des PVVIH en Septembre 2006. Ex:

N°d'enregistrement ou N° d'ordre (en trois chiffres)	Année de découverte	Code du Médecin Référent	Age de la PVVIH	Sexe
004	12	02 DIE	29	F/M

MOYENS DE DIAGNOSTIC

- 1 Cocher la case correspondant à la réponse si le test utilisé est le test virologique.
Si Oui, mentionner l'âge de l'enfant en mois et le résultat du test.
- 2 Cocher la case correspondant à la réponse si le test utilisé est le test sérologique .
Si Oui, mentionner l'âge de l'enfant en mois et le résultat du test.

CONCLUSION

- 3 Tenant compte des résultats obtenus par les moyens de diagnostic, donner une conclusion sur le statut VIH du nouveau né en cochant la case correspondant à la réponse.
Si le statut est positif, donner une code d'identification nationale du nouveau-né. Ecrire ce code dans la case correspondante. **Et remplir la fiche enfant première visite <15 ans.**

OBSERVATIONS

- 4 Mentionner s'il y a des éventuelles remarques sur l'état de santé de l'enfant.

Ministère de la Santé Publique

Programme National de
Lutte contre les IST/SIDA

Code d'identification nationale MERE

ANNEXE FEMME ENCEINTE 4 : STATUT SEROLOGIQUE DU NOUVEAU-NE

ANN

Date de la visite

MOYENS DE DIAGNOSTIC

1	Test virologique Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Si Oui Age de l'enfant : _____ mois Résultat :
2	Test sérologique Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Si Oui Age de l'enfant : _____ mois Résultat :

CONCLUSION

3	Statut VIH : Négatif <input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/>
	Si statut positif: Code d'identification nationale du nouveau-né <input type="text"/>

OBSERVATIONS

4	
---	--

INSTRUCTIONS POUR LE REMPLISSAGE

« FICHE PATIENT ENFANT PREMIERE VISITE »

Principes

Cette fiche est un support pour le recueil des informations médico-psychosociales sur les Personnes Vivant avec le VIH <15ans lors de la 1ère consultation chez le médecin référent, et fera l'objet d'une évaluation exhaustive initiale. Les données seront collectées à partir de l'examen du patient et des différents supports tels que: fiche de référence, fiche d'analyse... et en suivant les principes énumérés ci-dessous :

- * Il est important de bien remplir toutes les rubriques de la fiche pour la bonne prise en charge
- * Cocher clairement la rubrique concernée sans ambiguïté.
- * Ecrire lisiblement, ou en majuscules.
- * Ne pas surcharger la fiche.
- * Ranger la fiche de façon confidentielle dans le dossier du patient après usage.

Code d'identification nationale

Comment codifier les PVVIH: adopter le système de codification validé lors de la réunion de coordination nationale sur la prise en charge des PVVIH en Septembre 2006. Ex:

N°d'enregistrement ou N° d'ordre (en trois chiffres)	Année de découverte	Code du Médecin Référent	Age de la PVVIH	Sexe
004	12	02 DIE	29	F/M

Date de la visite Ecrire la date d'enregistrement du patient chez le médecin référent.

IDENTIFICATION DU CENTRE DU TRAITEMENT

- 1 Ecrire le nom du centre de référence (ex: CHU Befelatanana).
- 2 Ecrire le nom du service de soins (ex : Service Maladies infectieuses).
- 3 Ecrire le nom du District sanitaire (ex : Antananarivo Renivohitra).
- 4 Ecrire le nom de la région (ex : Analamanga).
- 5 Ecrire le nom du médecin référent .
- 6 Cocher la case correspondant à votre réponse :
 - s'il s'agit d'une référence : cocher Oui et rayer Transfert, (Référence veut dire un patient dépisté dans un CSB par exemple, et est référé vers le médecin référent).
 - S'il s'agit de transfert : cocher Oui et rayer référence, (Transfert veut dire un patient transféré d'un médecin référent vers un autre médecin référent).Si OUI Compléter les renseignements demandés sur le transfert ou la référence.

RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT

- 7 Ecrire le nom et le(s) prénom(s) du patient, son appellation/surnom (ex : iaban'i koto).
- 8 Ecrire la date de naissance, son âge en année.
- 9 Cocher la case correspondant au sexe du patient(Masculin ou Féminin).
- 10 Mentionner sa nationalité.
- 11 Cocher la case correspondant à son niveau d'instruction.
- 12.13 Si le père et la mère de l'enfant sont connus ,remplir cette partie: le nom et prénoms du père et de la mère, cocher le devenir des parents s'ils sont vivants, décédés ou méconnus S'ils sont séropositifs, préciser la date de découverte et leur code d'identification nationale.
- 14 Ecrire l'adresse complète et exacte et le numéro de téléphone des parents ou tuteurs.

Ministère de la Santé Publique

Programme National de
Lutte contre les IST/SIDA

Code d'identification nationale

--

FICHE PATIENT ENFANT (<15ans) PREMIERE VISITE



Date de la visite

_	/	_	/	_	/	_	/	_	/	_
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

IDENTIFICATION DU CENTRE DE TRAITEMENT

1	Nom du centre:	
2	Nom du service :	
3	District:	
4	Région:	
5	Nom du Médecin référent:	
6	Référence/Transfert(reçu) : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
	Si Oui	Nom du centre qui a référé/transféré
		Numéro de référence/transfert:

RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT

7	Nom et prénoms:	
	Appellation/Surnom:	
8	Date de naissance: ___/___/_____/	Age: _____ ans
9	Sexe: Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/>	
10	Nationalité:	
11	Niveau d'instruction: Non scolarisé <input type="checkbox"/> Primaire <input type="checkbox"/> Secondaire <input type="checkbox"/>	
12	Père:	Connu: Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
		Si Oui : Nom et prénoms:
		Devenir: Vivant <input type="checkbox"/> Décédé <input type="checkbox"/> Meconnu <input type="checkbox"/>
		PVVIH Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
		Si Oui : Date de découverte : ___/___/_____/
		Code d'identification nationale
13	Mère:	Connu: Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
		Si Oui : Nom et prénoms:
		Devenir: Vivante <input type="checkbox"/> Décédée <input type="checkbox"/> Meconnue <input type="checkbox"/>
		PVVIH Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
		Si Oui : Date de découverte : ___/___/_____/
		Code d'identification nationale
14	Adresse complète des parents/Tuteurs:	Tél des parents/Tuteurs:

DECOUVERTE DE LA SEROPOSITIVITE

- 15 Ecrire la date (jour, mois, année) et le lieu de dépistage (ex CSB 2 Isotry central).
- 16 Cocher la case correspondant à la réponse du patient/parent/tuteur.
Si la réponse est Clinique/biologique: donner le(s) signe(s) qui amène(nt) à faire le test, il faut préciser: (ex: AEG, thrombopénie...); s'il existe d'autre motif, préciser: (ex au cours Don de sang).
- 17 Cocher la case correspondant à la réponse.
- 18 Cocher la case correspondant à la réponse.

ANTECEDENTS DE LA MERE ET DE L' ENFANT

- 19 Demander à la mère/tuteur s'il y a eu des pathologies associées à la grossesse, et cocher la case correspondant à la réponse, et si Oui, écrire cette ou ces pathologies.
- 20 Demander à la mère/tuteur si la prophylaxie de la mère a été bien menée. Cocher la case correspondant à la réponse. Si la réponse est non, en préciser la cause.
- 21 Cocher la case correspondant au mode d'accouchement.
- 22 Demander à la mère/tuteur si la prophylaxie de l'enfant a été bien menée. Cocher la case correspondant à la réponse. Si la réponse est non, en préciser la cause.
- 23 Cocher la case correspondant au choix de l'alimentation du nouveau né et préciser la date du sevrage.

EXAMEN CLINIQUE

- 24 Ecrire le motif de consultation.
- 25 Décrire brièvement l'histoire de la maladie.
- 26 **Examen général:** Compléter les paramètres demandés. Mentionner dans "autres" s'il y en a selon les plaintes du patient, ex: asthénie...
- 27 **Statut nutritionnel :** Cocher la case correspondant au statut nutritionnel et expliquer dans " détail" les caractéristiques s'il y a lieu.
Ex: pour la malnutrition sévère, expliquer s'il s'agit de marasme ou Kwashiorkor.
- 28 **Inféctions ORL/O:** Cocher la case correspondant à la réponse et expliquer dans "détails" les caractéristiques des signes s'il y a lieu.
Ex: pour la conjonctivite expliquer si elle est purulente.

DECOUVERTE DE LA SEROPOSITIVITE

15	Date de découverte de la séropositivité: ___/___/___/___ ----- Nom du centre de dépistage:
16	Motif du dépistage: Mère infectée <input type="checkbox"/> AES <input type="checkbox"/> Signe clinique/biologique <input type="checkbox"/> à préciser: _____ Autres <input type="checkbox"/> à préciser: _____
17	Moyen de diagnostic: Sérologie <input type="checkbox"/> PCR <input type="checkbox"/>
18	Profil sérologique: VIH1 <input type="checkbox"/> VIH2 <input type="checkbox"/> VIH1+2 <input type="checkbox"/> Ne sait pas VIH1ou2 <input type="checkbox"/>

ANTECEDENTS DE LA MERE ET DE L'ENFANT

19	Pathologies au cours de la grossesse: Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Méconnue <input type="checkbox"/> Si OUI, préciser:
20	Prophylaxie de la mère Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Méconnue <input type="checkbox"/> Si Non : pourquoi?
21	Mode d'accouchement: Voie basse <input type="checkbox"/> Césarienne <input type="checkbox"/> Meconnu <input type="checkbox"/>
22	Prophylaxie de l'enfant Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Méconnue <input type="checkbox"/> Si Non : pourquoi?
23	Mode d'alimentation de l'enfant: AMPE <input type="checkbox"/> Allaitement artificiel <input type="checkbox"/> Allaitement mixte <input type="checkbox"/> Meconnu <input type="checkbox"/> Age du sevrage: _____ mois

EXAMEN CLINIQUE

24	Motif de consultation :
25	Histoire de la maladie :
26	Examen général: ----- Poids: _____ kg Taille: _____ cm T°: _____ °C ----- Autres (à préciser) :
27	Statut nutritionnel : ----- Normal <input type="checkbox"/> Malnutrition modérée <input type="checkbox"/> Malnutrition sévère <input type="checkbox"/> Détails (à préciser) :
28	Inféctions ORL/O: Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> ----- Otite <input type="checkbox"/> Rhinite <input type="checkbox"/> Pharyngite <input type="checkbox"/> Conjonctivite <input type="checkbox"/> Autres / détails (à préciser) :

- 29 **Signes respiratoires** : Cocher la case correspondant à la réponse et expliquer dans "détails" les caractéristiques des signes s'il y a lieu.
Ex: pour l'expectoration, expliquer si elle est purulente et/ou sanguinolente.
- 30 **Signes digestifs** : Cocher la case correspondant à la réponse et expliquer dans "détails" les caractéristiques des signes s'il y a lieu.
Ex: pour l'hépatomégalie, préciser la taille.
- 31 **Signes tégumentaires** : Cocher la case correspondant à la réponse et expliquer dans "détails" les caractéristiques des signes s'il y a lieu.
- 32 **Signes neuropsychiatriques** : Cocher la case correspondant à la réponse et expliquer dans "détails" les caractéristiques des signes s'il y a lieu, ou s'il y a d'autres signes.
- 33 **Signes ganglionnaire et splénique**: Cocher la case correspondant à la réponse et expliquer dans "détails" les caractéristiques des signes s'il y a lieu.
Ex: taille et nombre de ganglion ou s'il y a d'autres signes.
- 34 **Signes génito-urinaires** : Cocher les cases correspondant à la réponse , préciser s'il y a d'autres signes.
- 35 **Autres signes**: Préciser si l'enfant est porteur d'autres affections importantes notamment celles pouvant avoir une influence sur l'évolution de la maladie ou sur la prise en charge thérapeutique (désordre métabolique, cancers etc.).
- 36 **Vaccination** : Cocher la (les) case(s) correspondant à l'état vaccinal de l'enfant si c'est déjà fait et signaler s'il y a d'autres vaccins qui ont été administrés à l'enfant.

29	Signes respiratoires: Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Toux chronique <input type="checkbox"/> Dyspnée <input type="checkbox"/> Expectorations <input type="checkbox"/> Douleur thoracique <input type="checkbox"/> Hémoptysie <input type="checkbox"/> Epanchement pleural <input type="checkbox"/> Syndrome de condensation <input type="checkbox"/> Autres / détails (à préciser) :
30	Signes digestifs : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Candidose buccale <input type="checkbox"/> Odynophagie <input type="checkbox"/> Diarrhée chronique <input type="checkbox"/> Hépatomégalie <input type="checkbox"/> Autres / détails (à préciser) :
31	Signes tégumentaires : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Prurigo <input type="checkbox"/> Zona <input type="checkbox"/> Furoncle/Folliculite <input type="checkbox"/> Dermite séborrhéique <input type="checkbox"/> Kaposi <input type="checkbox"/> Autres / détails (à préciser) :
32	Signes neuropsychiatriques : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Déficit moteur <input type="checkbox"/> Trouble sensitif <input type="checkbox"/> Trouble de la conscience <input type="checkbox"/> Encéphalopathie <input type="checkbox"/> Trouble de comportement <input type="checkbox"/> Crises convulsives <input type="checkbox"/> Retard de développement psycho-moteur <input type="checkbox"/> Autres / détails (à préciser) :
33	Signes ganglionnaire et splénique: Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Adénopathie <input type="checkbox"/> Splénomégalie <input type="checkbox"/> Autres / détails (à préciser) :
34	Signes génito-urinaires : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Ecoulement génital <input type="checkbox"/> Ulcération génitale <input type="checkbox"/> Douleurs pelviennes <input type="checkbox"/> Herpès génital <input type="checkbox"/> Brûlures mictionnelles <input type="checkbox"/> Dysurie <input type="checkbox"/> Autres / détails (à préciser) :
35	Autres signes: Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
36	Vaccination
	BCG Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Polio 0 Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	DTCoqHépB ACTHib1 Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Polio 1 Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	DTCoqHépB ACTHib2 Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Polio 2 Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	DTCoqHépB ACTHib3 Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Polio 3 Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	ATR (anti-rougeoleux) Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

EXAMEN PARACLINIQUE

- 37 Cocher les examens demandés, écrire la date de prélèvement, transcrire les résultats des examens dès leur disponibilité.

CO-MORBIDITES

- 38 **Co-infection:** Cocher la case correspondante si le patient présente ou non de co-infection. Si oui, préciser en cochant la case correspondant à la réponse.
- 39 **Maladie opportuniste :** Cocher la case correspondante si le patient présente ou non de maladie opportuniste. Si oui, préciser en cochant la case correspondant à la réponse.
- 40 **Autres maladies associées :** Cocher la case correspondante si le patient présente ou non de maladies associées, exemple Diabète, maladie de Hodgking. Si oui, préciser en cochant la case correspondant à la réponse.

STADE DE L'INFECTION A VIH

- 41 Cocher la case correspondant à votre réponse.

EXAMEN PARACLINIQUE

37	Examens	Examen demandé	Date prélèvement	Résultats
	Taux CD4			
	Charge virale			
	Hb			
	Globules blancs			
	Lymphocytes totaux			
	Plaquettes			
	ALAT			
	ASAT			
	Glycémie à jeun			
	Créatininémie			
	Protéinurie			
	Ag HbS			
	Ac anti - HbS			
	Sérologie hépatite C			
	Sérologie syphilis			
	Radiographie du thorax			
	Autres			

CO-MORBIDITES

38	Co-infection	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
	Si Oui, préciser : Tuberculose <input type="checkbox"/> Hépatite B <input type="checkbox"/> Hépatite C <input type="checkbox"/>		
39	Maladie opportuniste	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
	Si Oui, préciser :		
40	Autres maladies associées	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
	Si Oui, préciser :		

STADE DE L'INFECTION A VIH

41	Stade clinique OMS	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
	Stade clinique CDC	A <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>	

CONCLUSION

- 42 Faire une conclusion sur l'état clinique et biologique du patient.

TRAITEMENT

- 43 **Traitement antirétroviral actuel** : cocher la case correspondante si le patient est oui ou non sous traitement ARV, si Oui écrire la date du début du traitement ARV et le schéma thérapeutique que le patient prend au moment de cette première visite.

Traitement antirétroviral prescrit:

Pour un patient n'ayant pas encore eu de traitement ARV, cocher s'il y a ou non une décision d'instauration d'ARV et si Oui, écrire le schéma thérapeutique (molécule).

Pour un patient ayant déjà eu un traitement ARV, cocher s'il y a ou non une décision de changement thérapeutique, si Oui: écrire le motif et le schéma thérapeutique (molécule).

- 44 Cocher la case correspondante si le patient reçoit ou non de traitement des infections opportunistes, si Oui, compléter le tableau en mentionnant la (les) maladie(s) et les médicaments prescrits avec leurs posologies.

- 45 Cocher la case correspondante si le patient reçoit ou non d'autres prescriptions, si Oui, compléter le tableau en mentionnant la (les) maladie(s) et les médicaments prescrits avec leurs posologies.

PROPHYLAXIE

- 46 Cocher la case correspondante si le patient reçoit ou non une prophylaxie pour la toxoplasmose, si Oui, préciser les molécules utilisées et la date de début.
- 47 Cocher la case correspondante si le patient reçoit ou non une prophylaxie pour la pneumocystose, si Oui, préciser les molécules utilisées et la date de début.
- 48 Cocher la case correspondante si le patient reçoit ou non une prophylaxie pour Mycobacterium avium complex, si Oui, préciser les molécules utilisées et la date de début.

CONCLUSION

42	
----	--

TRAITEMENT

43	Traitement antirétroviral actuel Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
	Si Oui: Date de début de traitement ARV : ____ / ____ / ____ /	
	Schéma thérapeutique en cours	
	Traitement antirétroviral prescrit	
	Instauration Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
	Si Oui: Date d'instauration : ____ / ____ / ____ /	
	Schéma thérapeutique	
	Changement Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
	Si oui, motif du changement:	
	Date du changement : ____ / ____ / ____ /	
	Schéma thérapeutique	
44	Traitement d'infections opportunistes Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
	Infections Opportunistes	Médicaments et Posologie
45	Autres prescriptions Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
	Maladies	Médicaments et Posologie

PROPHYLAXIE

46	Toxoplasmose Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
	Si Oui, Préciser: Date de début ____ / ____ / ____ /	
47	Pneumocystose Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
	Si Oui, Préciser: Date de début ____ / ____ / ____ /	
48	Mycobacterium complex avium Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
	Si Oui, Préciser: Date de début ____ / ____ / ____ /	

- 49 S'il y a d'autre(s) prophylaxie(s), préciser la (les) pathologie(s) et le(s) traitement(s) prescrit(s) avec la(les) date(s) de début.

PRISE EN CHARGE PSYCHOSOCIALE POUR PARENTS et/ou ENFANT

- 50 Cocher si le patient est membre ou non d'une association de prise en charge psychosociale.
- 51 Cocher si le patient est bénéficiaire ou non d'une prise en charge psychosociale.
- 52 Cocher la (les) case(s) correspondant aux interventions reçues.
- 53 Mentionner le(s) nom(s) de l'intervenant social.
- 54 Mentionner l'association de prise en charge psychosociale à qui on a orienté le patient.

OBSERVATIONS

- 55 Observations:
* Ecrire ici les éventuelles notes ou remarques sur le patient que vous jugez utiles mais qui ne sont pas incluses dans les rubriques sus citées.
Ex: - Cas des patients hospitalisés
- Aucun examen paraclinique fait par faute de moyen

PROCHAINE RENDEZ-VOUS

- 56 Ecrire la date du prochain rendez-vous.

DEVENIR DU PATIENT

- 57 A remplir quand le patient revient au prochain rendez-vous.
- 58 •Si le patient est revenu à la consultation de suivi, cocher la case correspondant à « suivi ».
- Si le patient ne revient pas au médecin référent, au bout de 6 mois après la dernière visite, cocher la case correspondant à « Perdu de vue ». Ecrire la date du dernier contact avec le malade (ex: la date où le patient est venu pour s'approvisionner en ARV).
- Si le patient perdu de vue est revenu en consultation au médecin référent, cocher la case correspondant à « Perdu de vue récupéré ». Ecrire la date de la récupération et le motif d'abandon.
- Si le patient est décédé, cocher la case correspondant à « Décédé ». Ecrire la date et la cause du décès.
- Si le patient est transféré à d'autre centre de traitement, cocher la case correspondant à "Transféré". Ecrire la date, le motif du transfert et le centre qui reçoit.

49	Autre prophylaxie Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Si Oui, Préciser: Date de début _____ / _____ / _____ /

PRISE EN CHARGE PSYCHOSOCIALE POUR PARENTS et/ou ENFANT

50	Membre d'une association Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
51	Bénéficiaire d'une PEC psychosociale Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
52	Interventions reçues : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Soutien psychologique <input type="checkbox"/> Education Thérapeutique <input type="checkbox"/> Visite à domicile <input type="checkbox"/> Appui nutritionnel <input type="checkbox"/> Appui socio-économique(AGR) <input type="checkbox"/> Réinsertion familiale <input type="checkbox"/> Accompagnement juridique <input type="checkbox"/> Réinsertion scolaire <input type="checkbox"/> Autres (à préciser) :
53	Nom(s) de l'intervenant social:
54	Orientation vers une prise en charge psychosociale: Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si Oui, préciser:

OBSERVATIONS

55	
----	--

PROCHAIN RENDEZ-VOUS

56	Date du prochain rendez-vous _____ / _____ / _____ /
----	--

DEVENIR DU PATIENT

57	Date de notification du devenir _____ / _____ / _____ /
57	Devenir Suivi <input type="checkbox"/>
	Perdu de vue <input type="checkbox"/> Date du dernier contact _____ / _____ / _____ /
	Perdu de vue récupéré <input type="checkbox"/> Date de la récupération _____ / _____ / _____ /
	Cause
	Décédé <input type="checkbox"/> Date du décès _____ / _____ / _____ /
	Cause de décès
	Transféré <input type="checkbox"/> Date du transfert _____ / _____ / _____ /
Motif du transfert	
Centre qui reçoit	
Numero de transfert	

INSTRUCTIONS POUR LE REMPLISSAGE

« FICHE ACCIDENT EXPOSE AU SANG »

Principes

Cette fiche est un support pour le recueil des informations sur les personnes ayant un accident exposé au sang ou aux liquides biologiques souillés de sang, ou ayant été violé, ou ayant eu un rapport sexuel avec rupture de préservatif, et fera l'objet d'une évaluation exhaustive initiale. Les données seront collectées par les différents sur les supports mis en place en suivant les principes énumérés ci-dessous :

- * Il est important de bien remplir toutes les rubriques de la fiche pour la bonne prise en charge
- * Cocher clairement la rubrique concernée sans ambiguïté.
- * Ecrire lisiblement, ou en majuscules.
- * Ne pas surcharger la fiche.
- * Ranger la fiche de façon confidentielle après usage.

Numéro d'ordre par année

ex:

Premier patient	Année 2012
001	12

Date de la visite Ecrire la date d'enregistrement du patient chez le médecin référent.

IDENTIFICATION DU CENTRE DE PRISE EN CHARGE

- 1 Ecrire le nom du centre qui fait la prise en charge (ex CHU Befelatanana ou CHRR Miarinarivo ou CHD2 Moramanga).
- 2 Ecrire le nom du service de soins où la prise en charge a eu lieu (ex : Service Médecins CHD 2 Moramanga).
- 3 Ecrire le nom du District sanitaire (ex : District : Moramanga).
- 4 Ecrire le nom de la région (ex : Région : Alaotra Mangoro).
- 5 Ecrire le nom et le code du médecin qui fait la prise en charge.
- 6 Référence veut dire une personne accidentée dans une autre formation sanitaire ou ayant consulté une formation sanitaire, est envoyé vers un autre centre qui va faire la prise en charge.
N.B : Si OUI Compléter les renseignements demandés.

RENSEIGNEMENTS SUR LA PERSONNE EXPOSEE

- 7 Ecrire le nom et le(s) prénom(s) du patient, son appellation (ex : iaban'i koto).
- 8 Ecrire la date de naissance, son âge en année.
- 9 Cocher la case correspondant au sexe de la personne exposée (M ou F).
- 10 Cocher la case correspondant à votre réponse : N.B : L'union libre inclut le concubinage.
- 11 Mentionner sa nationalité.
- 12 Mentionner sa profession et son lieu de travail.
Pour un paramédical, préciser s'il s'agit d'une infirmière ou sage-femme ou technicien de labo. Pour un médecin, préciser s'il s'agit d'un médecin généraliste ou chirurgien.
- 13 Cocher son niveau d'instruction (ex : primaire, secondaire, universitaire ou illettré)
- 14 Ecrire l'adresse complète et exacte du patient et son numéro de téléphone s'il y a lieu.
- 15 Ecrire le nom et le contact téléphonique d'une personne à contacter en cas de besoin

Ministère de la Santé Publique

Programme National de
Lutte contre les IST/SIDA

Numéro d'ordre-par année

--

FICHE ACCIDENT EXPOSE AU SANG



Date de la visite

____/____/____

IDENTIFICATION DU CENTRE DE PRISE EN CHARGE

1	Nom du centre:
2	Nom du service :
3	District:
4	Région:
5	Nom du Médecin: ----- Code du Médecin :
6	Référence : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si Oui Nom du centre qui a référé

RENSEIGNEMENTS SUR LA PERSONNE EXPOSEE

7	Nom et prénoms: ----- Appelation/Surnom:
8	Date de naissance: ____/____/____ / Age: ans
9	Sexe: Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/>
10	Situation matrimoniale: Célibataire <input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> En union libre <input type="checkbox"/> Divorcé <input type="checkbox"/> Veuf (ve) <input type="checkbox"/>
11	Nationalité :
12	Profession : Lieu de travail :
13	Niveau d'instruction: Illettré <input type="checkbox"/> Primaire <input type="checkbox"/> Secondaire <input type="checkbox"/> Universitaire <input type="checkbox"/>
14	Adresse complète: Tél personnel:
15	Personne à contacter (Nom , adresse et tél):

ANTECEDENTS DE LA PERSONNE EXPOSEE

16	Serologie VIH avant accident Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas <input type="checkbox"/> ----- Si oui, préciser : Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/>
17	Vaccination hépatite B Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas <input type="checkbox"/>
18	Sérologie hépatite C Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas <input type="checkbox"/>

ANTECEDENTS DE LA PERSONNE EXPOSEE

- 16 Compléter les renseignements demandés concernant la sérologie du VIH avant l'accident :
Si oui, préciser le statut en cochant la case correspondant à la réponse.
Il se peut que la personne n'arrive pas à se rappeler des examens biologiques qu'elle a fait, dans ce cas, cocher la case correspondant à « Ne sait pas ».
- 17 Compléter les renseignements demandés concernant la vaccination de l'hépatite B avant l'accident :
Il se peut que la personne n'arrive pas à se rappeler des examens biologiques qu'elle a fait, dans ce cas, cocher la case correspondant à « Ne sait pas ».
- 18 Compléter les renseignements demandés concernant la vaccination de l'hépatite C avant l'accident :
Il se peut que la personne n'arrive pas à se rappeler des examens biologiques qu'elle a fait, dans ce cas, cocher la case correspondant à « Ne sait pas ».

CIRCONSTANCES DE L'ACCIDENT

- 19 Préciser la date, l'heure exacte et le lieu de l'accident.
- 20 Préciser le type de l'accident. Cocher "autres" pour les autres types, exemple viol, rupture de préservatif au cours des rapports sexuels.
- 21 **Evaluation du risque**
Cocher la case correspondant à la réponse. Dans « détails », préciser s'il s'agit, par exemple, d'une projection dans les yeux, ou dans la bouche, ou sur une peau lésée.
- 22 **Degré d'exposition à l'AES:** Cocher la case correspondante en fonction de l'évaluation du risque.
- 23 **Statut sérologique du patient source**
Cocher la case correspondant à la réponse.
- 24 **Conclusion(s)**
Ecrire votre conclusion et tenant compte des résultats ci-dessus.

PRISE EN CHARGE AES

- 25 Cocher la case correspondante et compléter les renseignements demandés.
- 26 Compléter les renseignements demandés concernant la prise d'ARV prophylactiques.
Si la personne exposée a pris des ARV prophylactiques, les renseignements sur la durée sont à compléter à la 4ème semaine de traitement.

CIRCONSTANCES DE L'ACCIDENT

19	Date de l'accident:	Date: ____/____/____/ Heure : ____ H Lieu: _____												
20	Type de l'accident:	<ul style="list-style-type: none"> • Soins médicaux <input type="checkbox"/> (Préciser : _____) • Acte chirurgical <input type="checkbox"/> (Préciser : _____) • Manipulation au laboratoire <input type="checkbox"/> (Préciser : _____) • Autre <input type="checkbox"/> (Préciser : _____) 												
21	Evaluation du risque :	<ul style="list-style-type: none"> • Piqûre profonde en intra musculaire avec aiguille creuse servie en IV <input type="checkbox"/> • Exposition excessive au VIH concentré au laboratoire <input type="checkbox"/> • Piqûre superficielle par aiguille creuse servie en IV <input type="checkbox"/> • Projection de sang ou de liquide biologique souillé de sang <input type="checkbox"/> • Coupure par bistouri souillé à travers les gants <input type="checkbox"/> • Erosion épidermique superficielle par piqûre sous-cutanée à l'aide d'une aiguille souillée <input type="checkbox"/> • Autres/détails <input type="checkbox"/> (Préciser : _____) 												
22	Degré d'exposition à l'AES :	Exposition massive <input type="checkbox"/> Exposition intermédiaire <input type="checkbox"/> Exposition minime <input type="checkbox"/>												
23	Statut sérologique patient source:	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">VIH :</td> <td>Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Ne sait pas <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Si positif, Stade clinique OMS : 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Sous ARV : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Si oui Schéma thérapeutique _____</td> </tr> <tr> <td>VHB :</td> <td>Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Ne sait pas <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>VHC :</td> <td>Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Ne sait pas <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	VIH :	Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Ne sait pas <input type="checkbox"/>		Si positif, Stade clinique OMS : 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>		Sous ARV : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Si oui Schéma thérapeutique _____	VHB :	Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Ne sait pas <input type="checkbox"/>	VHC :	Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Ne sait pas <input type="checkbox"/>
VIH :	Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Ne sait pas <input type="checkbox"/>													
	Si positif, Stade clinique OMS : 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>													
	Sous ARV : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>													
	Si oui Schéma thérapeutique _____													
VHB :	Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Ne sait pas <input type="checkbox"/>													
VHC :	Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Ne sait pas <input type="checkbox"/>													
24	Conclusion(s)													

PRISE EN CHARGE AES

25	Premiers soins d'urgence réalisés Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Si oui, préciser _____ Si non, pourquoi? _____								
26	Prophylaxie par les ARV Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">Si oui,</td> <td>Date et heure de début: ____/____/____/, ____ H</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Schéma: _____</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Durée: 4 semaines <input type="checkbox"/> Moins de 4 semaines <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Si moins de 4 semaines, pourquoi? _____</td> </tr> </table>	Si oui,	Date et heure de début: ____/____/____/, ____ H		Schéma: _____		Durée: 4 semaines <input type="checkbox"/> Moins de 4 semaines <input type="checkbox"/>		Si moins de 4 semaines, pourquoi? _____
Si oui,	Date et heure de début: ____/____/____/, ____ H									
	Schéma: _____									
	Durée: 4 semaines <input type="checkbox"/> Moins de 4 semaines <input type="checkbox"/>									
	Si moins de 4 semaines, pourquoi? _____									

SUIVI SEROLOGIQUE DE LA PERSONNE EXPOSEE

- 27 Cocher la case correspondant aux sérologies du VIH, de l'hépatite B et de l'hépatite C réalisées entre le jour de l'accident et le huitième jour après l'accident.
- 28 Cocher la case correspondant aux sérologies du VIH, de l'hépatite B et de l'hépatite C réalisées 3 mois après l'accident.
- 29 Cocher la case correspondant aux sérologies du VIH, de l'hépatite B et de l'hépatite C réalisées 6 mois après l'accident.

CONCLUSION

- 30 Si le résultat du J0 - J8 est négatif et ceux du M3 et M6 sont positifs, l'accidenté est alors devenu devenu séropositif à la suite de l'accident, ainsi il sera intégré dans la file active des PVVIH. Le médecin référent va lui donner un code selon le système de codification national et lui remplir une **Fiche Patient Adulte Première visite (AP)** ou une **Fiche Enfant Première visite (EP)** selon le cas.

Cocher le stade clinique selon le cas.

OBSERVATIONS

- 31 Mentionner s'il y a des remarques ou des observations sur la personne exposée lors des différentes consultations tout en précisant les dates.

SUIVI SEROLOGIQUE DE LA PERSONNE EXPOSEE

27	J0 - J8	VIH :	Positif <input type="checkbox"/>	Négatif <input type="checkbox"/>	Indéterminé <input type="checkbox"/>
		VHB :	Positif <input type="checkbox"/>	Négatif <input type="checkbox"/>	Indéterminé <input type="checkbox"/>
		VHC :	Positif <input type="checkbox"/>	Négatif <input type="checkbox"/>	Indéterminé <input type="checkbox"/>
28	M3	VIH :	Positif <input type="checkbox"/>	Négatif <input type="checkbox"/>	Indéterminé <input type="checkbox"/>
		VHB :	Positif <input type="checkbox"/>	Négatif <input type="checkbox"/>	Indéterminé <input type="checkbox"/>
		VHC :	Positif <input type="checkbox"/>	Négatif <input type="checkbox"/>	Indéterminé <input type="checkbox"/>
29	M6	VIH :	Positif <input type="checkbox"/>	Négatif <input type="checkbox"/>	Indéterminé <input type="checkbox"/>
		VHB :	Positif <input type="checkbox"/>	Négatif <input type="checkbox"/>	Indéterminé <input type="checkbox"/>
		VHC :	Positif <input type="checkbox"/>	Négatif <input type="checkbox"/>	Indéterminé <input type="checkbox"/>

CONCLUSION

30	Statut VIH : Négatif <input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/>
	<p style="text-align: center;">Si statut positif: Code d'identification nationale</p> <div style="border: 1px solid black; width: 300px; height: 30px; margin: 0 auto;"></div> <p>Stade clinique de l'OMS 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/></p> <p>Stade clinique CDC A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/></p>

OBSERVATIONS

31	
----	--

ANNEXE I

Traitement antirétroviral de l'infection à VIH chez l'adulte et l'adolescent : recommandations pour une approche de santé publique - mise à jour 2010

Page 29-30, 87-96

ISBN 978 92 4 259976 3, (Classification NLM : WC 503.2)

© Organisation mondiale de la Santé 2011

13.6. Considérations cliniques

Tableau 8. Classification de la maladie à VIH chez l'adulte et l'adolescent (stades cliniques de l'OMS)

Stade clinique 1
Asymptomatique Lymphadénopathie généralisée persistante
Stade clinique 2
Perte de poids modérée inexpliquée (inférieure à 10 % du poids du corps estimé ou mesuré) Infections récurrentes des voies respiratoires supérieures (sinusite, amygdalite, otite moyenne et pharyngite) Zona Chéilite angulaire Ulcérations buccales récurrentes Prurigo Dermite séborrhéique Infections fongiques de l'ongle
Stade clinique 3
Perte de poids sévère inexpliquée (supérieure à 10 % du poids du corps estimé ou mesuré) Diarrhée chronique inexpliquée depuis plus d'un mois Fièvre persistante inexpliquée (plus de 37,5°C, intermittente ou constante, depuis plus d'un mois) Candidose buccale persistante Leucoplasie chevelue de la cavité buccale Tuberculose pulmonaire (en cours) Infections bactériennes graves (par exemple pneumonie, empyème, pyomyosite, infection ostéoarticulaire, méningite, bactériémie, ou infection génitale haute) Stomatite, ou gingivite, ou parodontite aiguë nécrosante Anémie (<8 g/dl), neutropénie (<0,5 x 10 ⁹ par litre) et/ou thrombocytopénie chronique (<50 x 10 ⁹ par litre) inexpliquées

Stade clinique 4

Syndrome cachectique dû au VIH

Pneumonie à Pneumocystis

Pneumonie bactérienne récurrente (cet épisode plus un ou plusieurs épisodes au cours des 6 derniers mois)

Infection herpétique chronique (bucco-labiale, génitale ou ano-rectale de durée supérieure à un mois, ou viscérale quel que soit le site ou la durée)

Candidose œsophagienne (ou candidose trachéale, bronchique ou pulmonaire)

Tuberculose extrapulmonaire

Sarcome de Kaposi

Infection à cytomégalovirus

Toxoplasmose cérébrale

Encéphalopathie à VIH

Cryptococcose extrapulmonaire (y compris la méningite)

Infection mycobactérienne non tuberculeuse disséminée

Leucoencéphalopathie multifocale progressive

Cryptosporidiose chronique

Isosporose chronique

Mycose disséminée (coccidioïdomycose ou histoplasmosse)

Septicémie récurrente (y compris à *Salmonella* non typhoïdique)

Lymphome cérébral ou lymphome non hodgkinien à cellules B

Carcinome invasif du col de l'utérus

Leishmaniose atypique disséminée

Néphropathie symptomatique associée au VIH ou myocardopathie symptomatique associée au VIH

Source : Revised WHO clinical staging and immunological classification of HIV and case definition of HIV for surveillance. 2006.

21.5. Critères diagnostiques pour les événements cliniques liés à l'infection à VIH

Évènement clinique	Diagnostic clinique	Diagnostic de certitude
Stade clinique 1		
Asymptomatique	Pas de symptômes rapportés et pas de signes à l'examen	Sans objet
Lymphadénopathie généralisée persistante	Adénopathie non douloureuse de diamètre >1 cm, dans deux sites (sauf la région inguinale) non contigus ou plus, en l'absence de cause connue et persistant 3 mois ou plus	Histologie
Stade clinique 2		
Perte de poids modérée inexpliquée (inférieure à 10% du poids du corps estimé ou mesuré)	Signalement d'une perte de poids inexpliquée. Pendant la grossesse, absence de gain de poids	Perte de poids documentée de moins de 10% du poids du corps
Infections récurrentes des voies respiratoires supérieures (sinusite, amygdalite, otite moyenne et pharyngite)	Symptômes complexes, par ex. douleur unilatérale de la face avec écoulement nasal (sinusite) ou membrane du tympan gonflée avec douleur (otite moyenne), angine ou pharyngite sans les caractéristiques d'une infection virale (ex. rhume, toux)	Test biologique si disponible, par ex. culture du liquide biologique approprié
Zona	Éruption douloureuse vésiculaire suivant un dermatome de distribution nerveuse, et ne dépassant pas la ligne médiane	Diagnostic clinique
Chéilite angulaire	Gerçures ou fissures labiales à l'angle de la bouche non attribuables à un déficit en fer ou vitamines, répondant habituellement au traitement antifongique	Diagnostic clinique

Évènement clinique	Diagnostic clinique	Diagnostic de certitude
Ulcérations buccales récurrentes (deux épisodes ou plus au cours des six derniers mois)	Ulcération aphteuse, typiquement douloureuse avec un halo inflammatoire et une pseudomembrane jaune grisâtre	Diagnostic clinique
Prurigo	Lésions papuleuses prurigineuses, souvent associées à une hyperpigmentation post-inflammatoire	Diagnostic clinique
Dermite séborrhéique	Peau écailleuse qui démange ; affecte particulièrement les zones couvertes de poil (cuir chevelu, aisselles, partie supérieure du tronc et aine)	Diagnostic clinique
Infections fongiques de l'ongle	Périoronxis fongique (rougeur, douleur et œdème de la base de l'ongle) ou onycholyse (séparation de l'ongle de sa base) des ongles des doigts de la main (décoloration blanchâtre, touchant principalement la partie proximale de l'ongle, avec épaissement et séparation de l'ongle de sa base)	Culture fongique d'un morceau d'ongle
Stade clinique 3		
Perte de poids sévère inexplicée (supérieure à 10% du poids du corps estimé ou mesuré)	Signalement d'une perte de poids inexplicée (supérieure à 10% du poids) avec amaigrissement notable du visage, de la taille et des extrémités et émaciation évidente ou indice de masse corporelle inférieur à 18,5 ; la perte de poids peut ne pas être apparente	Perte de poids documentée de plus de 10% du poids du corps

Évènement clinique	Diagnostic clinique	Diagnostic de certitude
Diarrhée chronique inexplicable depuis plus d'1 mois	Diarrhée chronique (selles molles ou liquides au moins 3 fois par jour) évoluant depuis plus d'1 mois	Non requis mais confirmé si au moins trois selles ont été observées et documentées comme étant non moulées, et au moins deux examens des selles ne révèlent aucun agent pathogène
Fièvre persistante inexplicable (plus de 37,5°C, intermittente ou constante, depuis plus d'1 mois)	Signalement de fièvre ou de sueurs nocturnes évoluant depuis plus d'1 mois, de façon intermittente ou constante, avec absence de réponse aux traitements antibiotiques ou antipaludiques. Pas de point d'appel ni de pathologie rapportés ou trouvés à l'examen. Le paludisme doit être éliminé dans les zones endémiques.	Fièvre documentée supérieure à 37,6°C avec hémoculture négative, examen négatif des lames après coloration de Ziehl-Nielsen (ZN), goutte épaisse négative, radiographie pulmonaire normale ou inchangée et pas d'autre point d'appel évident d'infection
Candidose buccale	Plaques persistantes ou récurrentes d'aspect blanc crémeux, pouvant souvent être détachées au grattage (pseudomembranes), ou taches rouges sur la langue, le palais ou la paroi de la bouche, habituellement douloureuses ou sensibles (forme érythémateuse)	Diagnostic clinique
Leucoplasie chevelue de la cavité buccale	Petites taches blanches linéaires ou lésions d'aspect de carton ondulé, sur les bords latéraux de la langue, qui ne se raclent pas facilement	Diagnostic clinique

Évènement clinique	Diagnostic clinique	Diagnostic de certitude
Tuberculose pulmonaire (en cours)	<p>Symptômes chroniques (évoluant depuis au moins deux ou trois semaines) : toux, hémoptysie, respiration superficielle, douleur thoracique, perte de poids, fièvre, sueurs nocturnes, associées à</p> <p>OU BIEN</p> <p>un frottis de crachats positif</p> <p>OU BIEN</p> <p>un frottis de crachats négatif ET une radio pulmonaire compatible avec le diagnostic (notamment, mais pas uniquement, une infiltration des lobes supérieurs, une ou des cavités, une fibrose ou une rétraction pulmonaire)</p>	<p>Isolement de <i>M. tuberculosis</i> lors de la culture de crachats ou à l'examen histologique d'une biopsie pulmonaire (associé à des symptômes compatibles)</p>
Infections bactériennes graves (par exemple pneumonie, empyème, pyomyosite, infection ostéoarticulaire, méningite, bactériémie, ou infection génitale haute)	<p>Fièvre accompagnée de symptômes ou de signes spécifiques indiquant la localisation de l'infection, et répondant au traitement antibiotique approprié</p>	<p>Isolement d'une bactérie à partir d'un prélèvement approprié (les sites sont habituellement stériles)</p>
Stomatite, ou gingivite, ou parodontite aiguë nécrosante	<p>Douleur sévère, ulcération des papilles gingivales, dents qui bougent, saignement spontané, odeur nauséabonde, perte rapide d'os et/ou de tissu mou</p>	<p>Diagnostic clinique</p>

Évènement clinique	Diagnostic clinique	Diagnostic de certitude
<p>Anémie (<8 g/dl), neutropénie (<0,5 x 10⁹ par litre) et/ou thrombocytopénie chronique (pendant plus d'1 mois (<50 x 10⁹ par litre) inexpliquées</p>	<p>Pas de diagnostic clinique de présomption</p>	<p>Diagnostic à partir de tests biologiques et sans cause apparente autre que l'infection à VIH. Ne répond pas favorablement aux traitements anti-anémiques, antipaludiques ou antihelminthiques tels que stipulés par les guides nationaux, les lignes directrices de PCIME de l'OMS ou d'autres guides</p>
<p>Stade clinique 4</p>		
<p>Syndrome cachectique dû au VIH</p>	<p>Signalement d'une perte de poids inexpliquée (supérieure à 10 % du poids du corps), avec émaciation visible ou indice de masse corporelle inférieur à 18,5 ; plus</p> <p>OU BIEN</p> <p>diarrhée chronique inexpliquée (selles molles ou liquides au moins 3 fois par jour) d'une durée signalée de plus d'1 mois</p> <p>OU BIEN</p> <p>signalement d'une fièvre ou de sueurs nocturnes pendant plus d'1 mois sans réponse au traitement antibiotique ou antipaludique. Le paludisme doit être éliminé dans les zones endémiques</p>	<p>Perte de poids documentée (supérieure à 10 % du poids du corps) ;</p> <p>Plus</p> <p>Au moins deux selle non moulées sans identification d'agents pathogènes ;</p> <p>OU</p> <p>Température documentée d'au moins 37,6°C sans cause évidente, hémoculture négative, goutte épaisse négative, radiographie pulmonaire inchangée ou normale</p>

Évènement clinique	Diagnostic clinique	Diagnostic de certitude
Pneumonie à <i>Pneumocystis</i>	<p>Dyspnée d'effort ou toux non productive d'apparition récente (au cours des 3 derniers mois), tachypnée et fièvre ;</p> <p>ET radiographie pulmonaire montrant un infiltrat interstitiel bilatéral diffus ;</p> <p>ET râles crépitants à l'auscultation, avec ou sans gène à l'entrée de l'air dans les poumons</p>	Examen microscopique cytologique ou par technique d'immunofluorescence de crachats induits ou d'un lavage broncho-alvéolaire (LBA), ou examen histologique de tissu pulmonaire
Pneumonie bactérienne récurrente (cet épisode plus un ou plusieurs épisodes au cours des 6 derniers mois)	Épisode en cours plus un autre épisode ou plus au cours des 6 derniers mois. Début aigu (moins de 2 semaines auparavant) des symptômes (fièvre, toux, dyspnée, et douleurs thoraciques) PLUS nouveaux signes de consolidation à l'examen clinique et radiographique. Réponse au traitement antibiotique	Culture ou tests antigénique positif identifiant un agent pathogène compatible
Infection herpétique chronique (bucco-labiale, génitale ou ano-rectale de durée supérieure à 1 mois, ou viscérale quel que soit le site ou la durée)	Ulcération douloureuse ano-rectale ou oro-labiale, d'apparition progressive ; lésions causées par une infection herpétique (virus de l'herpès simplex) récurrente, et signalée depuis plus d'1 mois. Antécédents d'épisodes similaires. Un diagnostic de certitude est nécessaire pour confirmer une infection herpétique viscérale	Culture ou recherche d'ADN (par PCR) positive pour le virus de l'herpès simplex, ou examen cytologique/histologique compatible
Candidose œsophagienne	Douleur rétrosternale ou difficulté à la déglutition (des solides et des liquides) associée à une candidose buccale	Aspect macroscopique à l'endoscopie ou la bronchoscopie, ou examen par microscopie/histologie

Évènement clinique	Diagnostic clinique	Diagnostic de certitude
Tuberculose extrapulmonaire	Symptômes généraux (ex. fièvre, sueurs nocturnes, faiblesse, perte de poids). Les signes de tuberculose extrapulmonaire ou disséminée varient en fonction du site : atteinte pleurale, péricardique ou péritonéale ; méningite, adénopathies médiastinales ou abdominales, ostéite. Tuberculose milliaire : opacifications milliaires de petite taille ou micronodules, diffus et distribués de façon uniforme, sur la radio pulmonaire. L'infection à <i>M. tuberculosis</i> modérée des ganglions lymphatiques cervicaux est considérée comme une forme moins sévère de tuberculose extrapulmonaire	Isolement de <i>M. tuberculosis</i> ou examen histologique compatible du site approprié, associé à des signes/symptômes compatibles (si la culture ou l'examen histologique proviennent d'échantillons d'origine pulmonaire, il est nécessaire d'obtenir d'autres preuves d'atteinte extrapulmonaire)
Sarcome de Kaposi	Aspect typique sur la peau ou l'oropharynx de lésions persistantes, initialement plates avec taches de couleur rose ou de la couleur d'un hématome, les lésions évoluant habituellement vers la formation de nodules ou des plaques violacés	Aspect macroscopique à l'endoscopie ou à la bronchoscopie ; ou examen histologique
Infection à cytomégalovirus (rétinite ou infection d'organes autres que le foie, la rate ou les ganglions lymphatiques)	Rétinite uniquement : peut être diagnostiquée par un clinicien expérimenté. Lésions typiques visibles à l'examen du fond de l'œil : taches blanchâtres de la rétine à limite nette, réparties de manière concentrique, souvent suivant le trajet des vaisseaux sanguins, associées à une vascularite rétinienne, une hémorragie et une nécrose	Examen histologique compatible, ou identification du CMV dans le LCR en culture ou par recherche d'ADN (par PCR)

Évènement clinique	Diagnostic clinique	Diagnostic de certitude
Toxoplasmose cérébrale des masses intracrâniennes uniques/multiples	Survenue récente d'anomalies neurologiques focalisées ou d'une diminution du niveau de conscience ET réponse rapide dans les 10 jours au traitement spécifique	Recherche d'anticorps anti-toxoplasme positive dans le sérum ET (si disponible) examen radiologique neurologique (scanner ou IRM) montrant
Encéphalopathie à VIH	Découverte à l'examen clinique de troubles cognitifs et/ou dysfonctionnement moteur interférant avec les activités quotidiennes, d'installation progressive au cours des semaines ou des mois, en l'absence de toute autre maladie, autre que le virus VIH, pouvant expliquer cela	Diagnostic d'exclusion et, si disponible, examen radiologique neurologique (scanner ou IRM)
Cryptococcose extrapulmonaire (y compris la méningite)	Méningite : typiquement subaiguë, fièvre avec céphalées s'accroissant progressivement, méningisme, confusion, changements du comportement ; répond favorablement au traitement anti-cryptocoque	Isolement de <i>Cryptococcus neoformans</i> à partir d'un site extrapulmonaire, ou recherche d'antigène cryptococcique (test de CRAG) positive dans le LCR ou dans le sang
Infection mycobactérienne non tuberculeuse disséminée	Pas de diagnostic de présomption	Diagnostic établi par l'identification de mycobactéries atypiques dans les selles, le sang, un liquide biologique ou autre tissu, à l'exclusion de ceux d'origine pulmonaire

Évènement clinique	Diagnostic clinique	Diagnostic de certitude
Leucoencéphalopathie multifocale progressive	Pas de diagnostic de présomption	Signes neurologiques d'apparition progressive (anomalies cognitives, troubles de la marche ou anomalies de la parole, perte de la vue, faiblesse des membres et paralysie des nerfs crâniens) associés à des lésions hypodenses blanches à l'imagerie médicale neurologique ou recherche positive de polyomavirus de la maladie de Creutzfeldt Jacob dans le LCR
Cryptosporidiose chronique (avec diarrhée pendant plus d'1 mois)	Pas de diagnostic de présomption	Identification de cystes à l'examen microscopique de selles non moulées, après coloration de ZN modifiée
Isosporose chronique (avec diarrhée pendant plus d'1 mois)	Pas de diagnostic de présomption	Identification d' <i>Isospora</i>
Mycose disséminée (coccidioïdomycose ou histoplasmosé)	Pas de diagnostic de présomption	Histologie, détection d'antigènes ou culture à partir d'un échantillon clinique ou de sang
Septicémie récurrente (y compris à <i>Salmonella</i> non typhoïdique)	Pas de diagnostic de présomption	Hémoculture
Lymphome cérébral ou lymphome non hodgkinien à cellules B	Pas de diagnostic de présomption	Histologie réalisée sur des échantillons appropriés, ou, en cas de tumeur du SNC, techniques d'imagerie neurologique
Carcinome invasif du col de l'utérus	Pas de diagnostic de présomption	Histologie ou cytologie

Évènement clinique	Diagnostic clinique	Diagnostic de certitude
Leishmaniose viscérale	Pas de diagnostic de présomption	Histologie (visualisation d'amastigotes) ou culture positive à partir d'un échantillon approprié
Néphropathie associée au VIH	Pas de diagnostic de présomption	Biopsie rénale
Myocardiopathie associée au VIH	Pas de diagnostic de présomption	Cardiomégalie avec signes d'insuffisance ventriculaire gauche confirmés par l'échocardiographie

Source : OMS, mise à jour Clinical staging and immunological classification of HIV and case definition of HIV for surveillance. 2006.

ANNEXE II

Traitement antirétroviral de l'infection à VIH chez le nourrisson et l'enfant : vers un accès universel : recommandations pour une approche de santé publique - Mise à jour 2010.

Page 111-117

ISBN 978 92 4 259980 0, (Classification NLM: WC 503.2)

© Organisation mondiale de la Santé 2011

ANNEX C: WHO CLINICAL STAGING OF HIV FOR INFANTS AND CHILDREN WITH ESTABLISHED HIV INFECTION

All clinical events or conditions referred to are described in Annex D

Clinical stage 1

Asymptomatic
Persistent generalized lymphadenopathy

Clinical stage 2

Unexplained persistent hepatosplenomegaly
Papular pruritic eruptions
Extensive wart virus infection
Extensive molluscum contagiosum
Recurrent oral ulcerations
Unexplained persistent parotid enlargement
Lineal gingival erythema
Herpes zoster
Recurrent or chronic upper respiratory tract infections (otitis media, otorrhoea, sinusitis, tonsillitis)
Fungal nail infections

Clinical stage 3

Unexplained moderate malnutrition not adequately responding to standard therapy
Unexplained persistent diarrhoea (14 days or more)
Unexplained persistent fever (above 37.5 °C, intermittent or constant, for longer than one month)
Persistent oral Candidiasis (after first 6 weeks of life)
Oral hairy leukoplakia
Acute necrotizing ulcerative gingivitis/periodontitis
Lymph node TB
Pulmonary TB
Severe recurrent bacterial pneumonia
Symptomatic lymphoid interstitial pneumonitis
Chronic HIV-associated lung disease including bronchiectasis
Unexplained anaemia (<8.0 g/dl), neutropenia (<0.5x10⁹/L³) or chronic thrombocytopenia (<50 x 10⁹/L³)

Clinical stage 4 ^a

Unexplained severe wasting, stunting or severe malnutrition not responding to standard therapy

Pneumocystis pneumonia

Recurrent severe bacterial infections (e.g. empyema, pyomyositis, bone or joint infection, meningitis, but excluding pneumonia)

Chronic herpes simplex infection; (orolabial or cutaneous of more than one month's duration, or visceral at any site)

Extrapulmonary TB

Kaposi sarcoma

Oesophageal candidiasis (or candidiasis of trachea, bronchi or lungs)

Central nervous system toxoplasmosis (after the neonatal period)

HIV encephalopathy

Cytomegalovirus (CMV) infection; retinitis or CMV infection affecting another organ, with onset at age more than 1 month

Extrapulmonary cryptococcosis including meningitis

Disseminated endemic mycosis (extrapulmonary histoplasmosis, coccidioidomycosis, penicilliosis)

Chronic cryptosporidiosis (with diarrhoea)

Chronic isosporiasis

Disseminated non-tuberculous mycobacterial infection

Cerebral or B cell non-Hodgkin lymphoma

Progressive multifocal leukoencephalopathy

HIV-associated cardiomyopathy or nephropathy

^a Some additional specific conditions can be included in regional classifications (e.g. penicilliosis in Asia, HIV-associated rectovaginal fistula in Southern Africa, reactivation of trypanosomiasis in Latin America).

Ref: <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/HIVstaging150307.pdf>

ANNEX D: PRESUMPTIVE AND DEFINITIVE CRITERIA FOR RECOGNIZING HIV-RELATED CLINICAL EVENTS IN INFANTS AND CHILDREN WITH ESTABLISHED HIV INFECTION

Clinical event	Clinical diagnosis	Definitive diagnosis
Stage 1		
Asymptomatic	No HIV-related symptoms reported and no clinical signs on examination	Not applicable
Persistent generalized lymphadenopathy (PGL)	Persistent swollen or enlarged lymph nodes >1 cm at two or more non-contiguous sites, excluding inguinal, without known cause	Clinical diagnosis
Stage 2		
Unexplained persistent hepatosplenomegaly	Enlarged liver and spleen without obvious cause	Clinical diagnosis
Papular pruritic eruptions	Papular pruritic vesicular lesions	Clinical diagnosis
Fungal nail infections	Fungal paronychia (painful, red and swollen nail bed) or onycholysis (painless separation of the nail from the nail bed). Proximal white subungual onychomycosis is uncommon without immunodeficiency.	Clinical diagnosis
Angular cheilitis	Splits or cracks on the lips at the angle of the mouth with depigmentation, usually responding to antifungal treatment but may recur	Clinical diagnosis
Lineal gingival erythema (LGE)	Erythematous band that follows the contour of the free gingival line; may be associated with spontaneous bleeding	Clinical diagnosis
Extensive wart virus infection	Characteristic warty skin lesions; small fleshy grainy bumps, often rough, flat on sole of feet (plantar warts); facial, more than 5% of body area or disfiguring	Clinical diagnosis
Extensive molluscum contagiosum infection	Characteristic skin lesions: small flesh-coloured, pearly or pink, dome-shaped or umbilicated growths, may be inflamed or red; facial, more than 5% of body area or disfiguring. Giant molluscum may indicate advanced immunodeficiency.	Clinical diagnosis
Recurrent oral ulcerations (two or more in six months)	Aphthous ulceration, typically with a halo of inflammation and yellow-grey pseudomembrane	Clinical diagnosis

Clinical event	Clinical diagnosis	Definitive diagnosis
Stage 2		
Unexplained parotid enlargement	Asymptomatic bilateral swelling that may spontaneously resolve and recur, in absence of other known cause; usually painless	Clinical diagnosis
Herpes zoster	Painful rash with fluid-filled blisters, dermatomal distribution, may be haemorrhagic on erythematous background, and may become large and confluent. Does not cross the midline.	Clinical diagnosis
Recurrent upper respiratory tract infection (URTI)	Current event with at least one episode in past six months. Symptom complex: fever with unilateral face pain and nasal discharge (sinusitis) or painful swollen eardrum (otitis media), sore throat with productive cough (bronchitis), sore throat (pharyngitis) and barking croup-like cough (laryngotracheal bronchitis [LTB]), persistent or recurrent ear discharge	Clinical diagnosis
Stage 3		
Unexplained moderate malnutrition	Weight loss: low weight-for-age, up to -2 standard deviations (SDs), not explained by poor or inadequate feeding and/or other infections, and not adequately responding to standard management	Documented loss of body weight of -2 SD, failure to gain weight on standard management and no other cause identified during investigation
Unexplained persistent diarrhoea	Unexplained persistent (14 days or more) diarrhoea (loose or watery stool, three or more times daily) not responding to standard treatment	Stools observed and documented as unformed. Culture and microscopy reveal no pathogens.
Unexplained persistent fever (intermittent or constant for longer than one month)	Reports of fever or night sweats for longer than one month, either intermittent or constant, with reported lack of response to antibiotics or antimalarials. No other obvious foci of disease reported or found on examination. Malaria must be excluded in malarious areas.	Documented fever of >37.5 °C with negative blood culture, negative malaria slide and normal or unchanged CXR, and no other obvious foci of disease

Clinical event	Clinical diagnosis	Definitive diagnosis
Stage 3		
Oral candidiasis (after first 6 weeks of life)	Persistent or recurring creamy white, soft, small plaques which can be scraped off (pseudomembranous), or red patches on tongue, palate or lining of mouth, usually painful or tender (erythematous form)	Microscopy or culture
Oral hairy leukoplakia	Fine small, linear patches on lateral borders of tongue, generally bilateral, which do not scrape off	Clinical diagnosis
Lymph node TB	Non-acute, painless "cold" enlargement of lymph nodes, usually matted, localized in one region. May have draining sinuses. Response to standard anti-TB treatment in one month.	Histology or isolation of <i>M. tuberculosis</i> from fine needle aspirate
Pulmonary TB	Non-specific symptoms, e.g. chronic cough, fever, night sweats, anorexia and weight loss. In older children, productive cough and haemoptysis as well. Abnormal CXR.	Isolation of <i>M. tuberculosis</i> on sputum culture
Severe recurrent bacterial pneumonia	Cough with fast breathing, chest indrawing, nasal flaring, wheezing and grunting. Crackles or consolidation on auscultation. Responds to course of antibiotics. Current episode plus one or more in previous six months.	Isolation of bacteria from appropriate clinical specimens (induced sputum, bronchoalveolar lavage [BAL], lung aspirate)
Acute necrotizing ulcerative gingivitis or stomatitis, or acute necrotizing ulcerative periodontitis	Severe pain, ulcerated gingival papillae, loosening of teeth, spontaneous bleeding, bad odour, and rapid loss of bone and/or soft tissue	Clinical diagnosis
Symptomatic lymphoid interstitial pneumonitis (LIP)	No presumptive clinical diagnosis	CXR: bilateral reticulonodular interstitial pulmonary infiltrates present for more than two months with no response to antibiotic treatment and no other pathogen found. Oxygen saturation persistently <90%. May present with cor pulmonale and may have increased exercise-induced fatigue. Characteristic histology.

Clinical event	Clinical diagnosis	Definitive diagnosis
Stage 3		
Chronic HIV-associated lung disease (including bronchiectasis)	History of cough productive with copious amounts of purulent sputum (bronchiectasis only), with or without clubbing, halitosis, and crepitations and/or wheeze on auscultation	CXR: may show honeycomb appearance (small cysts) and/or persistent areas of opacification and/or widespread lung destruction, with fibrosis and loss of volume.
Unexplained anaemia (<8 g/dl), or neutropenia (<0.5 x 10 ⁹ /L) or chronic thrombocytopenia (<50 X 10 ⁹ /L/	No presumptive clinical diagnosis	Laboratory testing, not explained by other non-HIV conditions, or not responding to standard therapy with haematinics, antimalarials or anthelmintics as outlined in the IMCI.
Stage 4		
Unexplained severe wasting, stunting or severe malnutrition not adequately responding to standard therapy	Persistent weight loss not explained by poor or inadequate feeding or other infections and not adequately responding in two weeks to standard therapy. Characterized by: visible severe wasting of muscles, with or without oedema of both feet, and/or weight-for-height of -3 SDs, as defined by the WHO IMCI guidelines	Confirmed by documented weight loss of >-3 SD +/- oedema
Pneumocystis pneumonia (PCP)	Dry cough, progressive difficulty in breathing, cyanosis, tachypnoea and fever; chest indrawing or stridor. (Severe or very severe pneumonia as in IMCI.) Usually of rapid onset especially in infants <6 months of age. Response to high-dose co-trimoxazole +/- prednisolone	Confirmed by: CXR, typical bilateral perihilar diffuse infiltrates; microscopy of induced sputum or BAL or nasopharyngeal aspirate (NPA)
Recurrent severe bacterial infection, e.g. empyema, pyomyositis, bone or joint infection, meningitis but excluding pneumonia	Fever accompanied by specific symptoms or signs that localize infection. Responds to antibiotics. Current episode plus one or more in previous six months.	Confirmed by culture of appropriate clinical specimen
Chronic herpes simplex infection; (orolabial or cutaneous of more than one month's duration or visceral at any site)	Severe and progressive painful orolabial, genital, or anorectal lesions caused by HSV infection present for more than one month	Confirmed by culture and/or histology

Clinical event	Clinical diagnosis	Definitive diagnosis
Stage 4		
Oesophageal candidiasis (or candidiasis of trachea, bronchi or lungs)	Chest pain and dysphagia (difficulty in swallowing), odynophagia (pain on swallowing food and fluids) or retrosternal pain worse on swallowing (food and fluids); responds to specific treatment. In young children, suspect particularly if oral Candida observed and food refusal occurs and/or difficulties/crying when feeding.	Confirmed by macroscopic appearance at endoscopy, microscopy of specimen from tissue or macroscopic appearance at bronchoscopy or histology
Extrapulmonary/ disseminated TB	Systemic illness usually with prolonged fever, night sweats, weight loss. Clinical features of organs involved, e.g. sterile pyuria, pericarditis, ascites, pleural effusion, meningitis, arthritis, orchitis	Positive microscopy showing AFB or culture of Mycobacterium tuberculosis from blood or other relevant specimen except sputum or BAL. Biopsy and histology
Kaposi sarcoma	Typical appearance in skin or oropharynx of persistent, initially flat, patches with a pink or blood-bruise colour, skin lesions that usually develop into nodules	Macroscopic appearance or by histology: <ul style="list-style-type: none"> • typical red-purple lesions seen on bronchoscopy or endoscopy; • dense masses in lymph nodes, viscera or lungs by palpation or radiology; • histology
CMV retinitis or CMV infection affecting another organ, with onset at age >1 month	Retinitis only CMV retinitis may be diagnosed by experienced clinicians: progressive floaters in field of vision, light flashes and scotoma; typical eye lesions on serial fundoscopic examination; discrete patches of retinal whitening with distinct borders, spreading centrifugally, often following blood vessels, associated with retinal vasculitis, haemorrhage and necrosis	Definitive diagnosis required for other sites. Histology or CMV demonstrated in CSF by culture or DNA-PCR
CNS toxoplasmosis with onset at age >1 month	Fever, headache, focal neurological signs, convulsions. Usually responds within 10 days to specific therapy.	Positive serum Toxoplasma antibody and if available, neuroimaging showing single/multiple intracranial mass lesions
Extrapulmonary cryptococcosis including meningitis	Meningitis: usually subacute, fever with increasing severe headache, meningism, confusion, behavioural changes that respond to cryptococcal therapy	Isolation of Cryptococcus neoformans from extrapulmonary site or positive cryptococcal antigen test (CRAG) in CSF or blood.

Ref: <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/HIVstaging150307.pdf>



En Collaboration avec
Projet de Renforcement du Programme de Prévention du VIH/Sida
Agence Japonaise de Coopération Internationale (JICA)
Octobre 2012