

REPOBLIKAN'I MADAGASIKARA  
*Fitiavana-Tanindrazana-Fandrosoana*

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

# DOSSIER MEDICAL

(Adulte:  $\geq 15$ ans)

**Code d'identification nationale**







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):			

17	<b>Habitudes toxiques:</b>	<b>a: Tabac:</b> Oui <input type="checkbox"/> ( _____ tiges / jour, depuis quand: _____ ) Non <input type="checkbox"/>
		Sevré : Oui <input type="checkbox"/> ( depuis quand: _____ ) Non <input type="checkbox"/>
		<b>b: Alcool:</b> Oui <input type="checkbox"/> ( _____ Verres / jour, depuis quand: _____ ) Non <input type="checkbox"/>
		Sevré : Oui <input type="checkbox"/> ( depuis quand: _____ ) Non <input type="checkbox"/>
	<b>c: Drogues:</b> 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:	
	<b>Informé:</b> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
	<b>Dépisté:</b> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas <input type="checkbox"/>	
	<b>Statut VIH:</b> 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	<b>Motif de consultation:</b> -----
27	<b>Histoire de la maladie:</b> -----

28	<b>Examen général:</b>		
	Poids:            kg	Taille:            cm	IMC( Poids/taillé <sup>2</sup> ):
	TA:            /	Pouls:            /min	T°:            °C
	Autres (à préciser) :		
29	<b>Signes respiratoires:</b> 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"/> Autres / détails (à préciser) :		
30	<b>Signes digestifs :</b> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
	Candidose buccale <input type="checkbox"/> Candidose odynophagie <input type="checkbox"/> Diarrhée chronique <input type="checkbox"/> Hépatomégalie <input type="checkbox"/> Toucher rectal (TR) <input type="checkbox"/> (à préciser) : Autres / détails (à préciser) :		
31	<b>Signes tégumentaires :</b> 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	<b>Signes neuropsychiatriques :</b> 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"/> Trouble de comportement <input type="checkbox"/> Raideur de la nuque <input type="checkbox"/> Autres / détails (à préciser) :		
33	<b>Signes ganglionnaire et splénique:</b> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
	Adénopathie <input type="checkbox"/> Splénomégalie <input type="checkbox"/> Autres / détails (à préciser) :		
34	<b>Signes génito-urinaires:</b> 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"/> Brulure mictionnelle <input type="checkbox"/> Dysurie <input type="checkbox"/> Toucher vaginal (TV) <input type="checkbox"/> (à préciser) : Autres / détails (à préciser) :		
35	<b>Autres signes:</b>		

## EXAMEN PARACLINIQUE

36	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			
	Frottis cervico-vaginal (dépistage)			
	Prélèvement vaginal (Recherche de gèrme)			
	Test de grossesse			
	Radiographie du thorax			
	Recherche BAAR			
	Autres			

## CO-MORBIDITES

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

## STADE DE L'INFECTION A VIH

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

## CONCLUSION

41	
----	--

## TRAITEMENT

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

## PROPHYLAXIE

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



48	<b>Autre prophylaxie</b>	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	<b>Interventions reçues :</b>	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	<b>Date du prochain rendez-vous</b>	_____/_____/_____
----	-------------------------------------	-------------------

### DEVENIR DU PATIENT

56	<b>Date de notification du devenir</b>	_____/_____/_____	
57	<b>Devenir</b>	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		



**FICHE DE SUIVI  
VISITE N° .....**



Date de la visite

**MOTIFS DE LA CONSULTATION**

1	
---	--

**EVENEMENTS MARQUANTS**

2	
---	--

**EXAMENS CLINIQUE ET BIOLOGIQUE**

3	<b>Examen général:</b>		
	Poids:            kg	Taille:            cm	IMC( Poids/taille <sup>2</sup> ):
	TA:            /	Pouls:            /min	T°:            °C
	Autres:		

4	<b>Signes cliniques :</b>
---	---------------------------

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

## STADE DE L'INFECTION A VIH

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

## CONCLUSION

10	
----	--

## TRAITEMENT

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

## PROPHYLAXIE

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

## PRISE EN CHARGE PSYCHOSOCIALE

18	Membre d'une association <b>Oui</b> <input type="checkbox"/> <b>Non</b> <input type="checkbox"/>
	Bénéficiaire d'une PEC psychosociale <b>Oui</b> <input type="checkbox"/> <b>Non</b> <input type="checkbox"/>
	<b>Interventions reçues :</b> <b>Oui</b> <input type="checkbox"/> <b>Non</b> <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: <b>Oui</b> <input type="checkbox"/> <b>Non</b> <input type="checkbox"/>	
Si Oui, préciser:	

## OBSERVATIONS

19	
----	--

## OBSERVATIONS (suite)

19	
----	--

## PROCHAIN RENDEZ-VOUS

20	<b>Date du prochain rendez-vous</b> ____/____/____/
----	---

## DEVENIR DU PATIENT

21	<b>Date de notification du devenir</b> ____/____/____/																														
22	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;"><b>Devenir</b></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>	<b>Devenir</b>	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
<b>Devenir</b>	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																													





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	<p><b>Examen général:</b></p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px dashed black; padding: 2px;">Poids:            kg</td> <td style="border-right: 1px dashed black; padding: 2px;">Taille:            cm</td> <td style="padding: 2px;">IMC( Poids/taille<sup>2</sup>):</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px dashed black; padding: 2px;">TA:            /</td> <td style="border-right: 1px dashed black; padding: 2px;">Pouls:            /min</td> <td style="padding: 2px;">T°:            °C</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="padding: 2px;">Autres:</td> </tr> </table>	Poids:            kg	Taille:            cm	IMC( Poids/taille <sup>2</sup> ):	TA:            /	Pouls:            /min	T°:            °C	Autres:		
Poids:            kg	Taille:            cm	IMC( Poids/taille <sup>2</sup> ):								
TA:            /	Pouls:            /min	T°:            °C								
Autres:										
4	<p><b>Signes cliniques :</b></p> <div style="height: 200px;"></div>									



## STADE DE L'INFECTION A VIH

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

## CONCLUSION

10	
----	--

## TRAITEMENT

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

## PROPHYLAXIE

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

## PRISE EN CHARGE PSYCHOSOCIALE

18	Membre d'une association <b>Oui</b> <input type="checkbox"/> <b>Non</b> <input type="checkbox"/>
	Bénéficiaire d'une PEC psychosociale <b>Oui</b> <input type="checkbox"/> <b>Non</b> <input type="checkbox"/>
	<b>Interventions reçues :</b> <b>Oui</b> <input type="checkbox"/> <b>Non</b> <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: <b>Oui</b> <input type="checkbox"/> <b>Non</b> <input type="checkbox"/>	
Si Oui, préciser:	

## OBSERVATIONS

19	
----	--

## OBSERVATIONS (suite)

19	
----	--

## PROCHAIN RENDEZ-VOUS

20	<b>Date du prochain rendez-vous</b> ____/____/_____/
----	--

---

## DEVENIR DU PATIENT

21	<b>Date de notification du devenir</b> ____/____/_____/
22	<b>Devenir</b>
	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



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	<b>Examen général:</b>
	Poids:            kg            Taille:            cm            IMC( Poids/taille <sup>2</sup> ):
	TA:            /            Pouls:            /min            T°:            °C
	Autres:
4	<b>Signes cliniques :</b>





## STADE DE L'INFECTION A VIH

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

## CONCLUSION

10	
----	--

## TRAITEMENT

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

## PROPHYLAXIE

14	<b>Toxoplasmose</b> <span style="float: right;">Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></span>
	Si Oui, Préciser: Date de début _____/_____/_____/
15	<b>Pneumocystose</b> <span style="float: right;">Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></span>
	Si Oui, Préciser: Date de début _____/_____/_____/
16	<b>Mycobacterium complex avium</b> <span style="float: right;">Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></span>
	Si Oui, Préciser: Date de début _____/_____/_____/
17	<b>Autre prophylaxie</b> <span style="float: right;">Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></span>
	Si Oui, Préciser: Date de début _____/_____/_____/

## PRISE EN CHARGE PSYCHOSOCIALE

18	Membre d'une association <span style="float: right;">Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></span>
	Bénéficiaire d'une PEC psychosociale <span style="float: right;">Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></span>
	<b>Interventions reçues :</b> <span style="float: right;"><b>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></b></span>
	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: <span style="float: right;">Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></span>	
Si Oui, préciser:	

## OBSERVATIONS

19	
----	--

## OBSERVATIONS (suite)

19	
----	--

## PROCHAIN RENDEZ-VOUS

20	<b>Date du prochain rendez-vous</b> ____/____/____/
----	---

---

## DEVENIR DU PATIENT

21	<b>Date de notification du devenir</b> ____/____/____/
22	<b>Devenir</b>
	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



**FICHE DE SUIVI**  
**VISITE N° .....**



Date de la visite

**MOTIFS DE LA CONSULTATION**

1	
---	--

**EVENEMENTS MARQUANTS**

2	
---	--

**EXAMENS CLINIQUE ET BIOLOGIQUE**

3	<b>Examen général:</b>		
	Poids:            kg	Taille:            cm	IMC( Poids/taille <sup>2</sup> ):
	TA:            /	Pouls:            /min	T°:            °C
	Autres:		
4	<b>Signes cliniques :</b>		



## STADE DE L'INFECTION A VIH

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

## CONCLUSION

10	
----	--

## TRAITEMENT

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

## PROPHYLAXIE

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

## PRISE EN CHARGE PSYCHOSOCIALE

18	Membre d'une association <b>Oui</b> <input type="checkbox"/> <b>Non</b> <input type="checkbox"/>
	Bénéficiaire d'une PEC psychosociale <b>Oui</b> <input type="checkbox"/> <b>Non</b> <input type="checkbox"/>
	<b>Interventions reçues :</b> <b>Oui</b> <input type="checkbox"/> <b>Non</b> <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: <b>Oui</b> <input type="checkbox"/> <b>Non</b> <input type="checkbox"/>	
Si Oui, préciser:	

## OBSERVATIONS

19	
----	--



## OBSERVATIONS (suite)

19	
----	--

## PROCHAIN RENDEZ-VOUS

20	<b>Date du prochain rendez-vous</b> ____/____/____/
----	---

## DEVENIR DU PATIENT

21	<b>Date de notification du devenir</b> ____/____/____/																														
22	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;"><b>Devenir</b></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>	<b>Devenir</b>	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
<b>Devenir</b>	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																													



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	<b>Examen général:</b>
	Poids:            kg            Taille:            cm            IMC( Poids/taille <sup>2</sup> ):
	TA:            /            Pouls:            /min            T°:            °C
	Autres:
4	<b>Signes cliniques :</b>



## STADE DE L'INFECTION A VIH

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

## CONCLUSION

10	
----	--

## TRAITEMENT

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

## PROPHYLAXIE

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

## PRISE EN CHARGE PSYCHOSOCIALE

18	Membre d'une association <b>Oui</b> <input type="checkbox"/> <b>Non</b> <input type="checkbox"/>
	Bénéficiaire d'une PEC psychosociale <b>Oui</b> <input type="checkbox"/> <b>Non</b> <input type="checkbox"/>
	<b>Interventions reçues :</b> <b>Oui</b> <input type="checkbox"/> <b>Non</b> <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: <b>Oui</b> <input type="checkbox"/> <b>Non</b> <input type="checkbox"/>	
Si Oui, préciser:	

## OBSERVATIONS

19	
----	--

## OBSERVATIONS (suite)

19	
----	--

## PROCHAIN RENDEZ-VOUS

20	<b>Date du prochain rendez-vous</b> ____/____/____/
----	---

## DEVENIR DU PATIENT

21	<b>Date de notification du devenir</b> ____/____/____/																														
22	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;"><b>Devenir</b></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>	<b>Devenir</b>	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
<b>Devenir</b>	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																													





**FICHE DE SUIVI**  
**VISITE N° .....**



Date de la visite

**MOTIFS DE LA CONSULTATION**

1	   
---	--------------

**EVENEMENTS MARQUANTS**

2	   
---	--------------

**EXAMENS CLINIQUE ET BIOLOGIQUE**

3	<b>Examen général:</b>
	Poids:            kg            Taille:            cm            IMC( Poids/taille <sup>2</sup> ):
	TA:            /            Pouls:            /min            T°:            °C
	Autres:
4	<b>Signes cliniques :</b>          



## STADE DE L'INFECTION A VIH

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

## CONCLUSION

10	
----	--

## TRAITEMENT

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

## PROPHYLAXIE

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

## PRISE EN CHARGE PSYCHOSOCIALE

18	Membre d'une association <b>Oui</b> <input type="checkbox"/> <b>Non</b> <input type="checkbox"/>
	Bénéficiaire d'une PEC psychosociale <b>Oui</b> <input type="checkbox"/> <b>Non</b> <input type="checkbox"/>
	<b>Interventions reçues :</b> <b>Oui</b> <input type="checkbox"/> <b>Non</b> <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: <b>Oui</b> <input type="checkbox"/> <b>Non</b> <input type="checkbox"/>	
Si Oui, préciser:	

## OBSERVATIONS

19	
----	--

## OBSERVATIONS (suite)

19	
----	--

## PROCHAIN RENDEZ-VOUS

20	<b>Date du prochain rendez-vous</b> ____/____/____/
----	---

## DEVENIR DU PATIENT

21	<b>Date de notification du devenir</b> ____/____/____/																														
22	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;"><b>Devenir</b></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>	<b>Devenir</b>	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
<b>Devenir</b>	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																													



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	<b>Examen général:</b>
	Poids:            kg            Taille:            cm            IMC( Poids/taille <sup>2</sup> ):
	TA:            /            Pouls:            /min            T°:            °C
	Autres:
4	<b>Signes cliniques :</b>

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



## STADE DE L'INFECTION A VIH

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

## CONCLUSION

10	
----	--

## TRAITEMENT

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

## PROPHYLAXIE

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

## PRISE EN CHARGE PSYCHOSOCIALE

18	Membre d'une association <b>Oui</b> <input type="checkbox"/> <b>Non</b> <input type="checkbox"/>
	Bénéficiaire d'une PEC psychosociale <b>Oui</b> <input type="checkbox"/> <b>Non</b> <input type="checkbox"/>
	<b>Interventions reçues :</b> <b>Oui</b> <input type="checkbox"/> <b>Non</b> <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: <b>Oui</b> <input type="checkbox"/> <b>Non</b> <input type="checkbox"/>	
Si Oui, préciser:	

## OBSERVATIONS

19	
----	--

## OBSERVATIONS (suite)

19	
----	--

## PROCHAIN RENDEZ-VOUS

20	<b>Date du prochain rendez-vous</b> ____/____/_____/
----	--

## DEVENIR DU PATIENT

21	<b>Date de notification du devenir</b> ____/____/_____/																														
22	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;"><b>Devenir</b></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>	<b>Devenir</b>	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
<b>Devenir</b>	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																													



**FICHE DE SUIVI**  
**VISITE N° .....**



Date de la visite

**MOTIFS DE LA CONSULTATION**

1	
---	--

**EVENEMENTS MARQUANTS**

2	
---	--

**EXAMENS CLINIQUE ET BIOLOGIQUE**

3	<b>Examen général:</b>
	Poids:            kg            Taille:            cm            IMC( Poids/taille <sup>2</sup> ):
	TA:            /            Pouls:            /min            T°:            °C
	Autres:
4	<b>Signes cliniques :</b>



## STADE DE L'INFECTION A VIH

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

## CONCLUSION

10	
----	--

## TRAITEMENT

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

## PROPHYLAXIE

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

## PRISE EN CHARGE PSYCHOSOCIALE

18	Membre d'une association <b>Oui</b> <input type="checkbox"/> <b>Non</b> <input type="checkbox"/>
	Bénéficiaire d'une PEC psychosociale <b>Oui</b> <input type="checkbox"/> <b>Non</b> <input type="checkbox"/>
	<b>Interventions reçues :</b> <b>Oui</b> <input type="checkbox"/> <b>Non</b> <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: <b>Oui</b> <input type="checkbox"/> <b>Non</b> <input type="checkbox"/>	
Si Oui, préciser:	

## OBSERVATIONS

19	
----	--



## OBSERVATIONS (suite)

19	
----	--

## PROCHAIN RENDEZ-VOUS

20	<b>Date du prochain rendez-vous</b> ____/____/____/
----	---

## DEVENIR DU PATIENT

21	<b>Date de notification du devenir</b> ____/____/____/																														
22	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;"><b>Devenir</b></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>	<b>Devenir</b>	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
<b>Devenir</b>	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																													



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	<b>Examen général:</b>
	Poids:            kg            Taille:            cm            IMC( Poids/taille <sup>2</sup> ):
	TA:            /            Pouls:            /min            T°:            °C
	Autres:
4	<b>Signes cliniques :</b>

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

## STADE DE L'INFECTION A VIH

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

## CONCLUSION

10	
----	--

## TRAITEMENT

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

## PROPHYLAXIE

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

## PRISE EN CHARGE PSYCHOSOCIALE

18	Membre d'une association <b>Oui</b> <input type="checkbox"/> <b>Non</b> <input type="checkbox"/>
	Bénéficiaire d'une PEC psychosociale <b>Oui</b> <input type="checkbox"/> <b>Non</b> <input type="checkbox"/>
	<b>Interventions reçues :</b> <b>Oui</b> <input type="checkbox"/> <b>Non</b> <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: <b>Oui</b> <input type="checkbox"/> <b>Non</b> <input type="checkbox"/>	
Si Oui, préciser:	

## OBSERVATIONS

19	
----	--

## OBSERVATIONS (suite)

19	
----	--

## PROCHAIN RENDEZ-VOUS

20	<b>Date du prochain rendez-vous</b> ____/____/_____/
----	--

## DEVENIR DU PATIENT

21	<b>Date de notification du devenir</b> ____/____/_____/																														
22	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;"><b>Devenir</b></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>	<b>Devenir</b>	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
<b>Devenir</b>	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																													





**FICHE DE SUIVI**  
**VISITE N° .....**



Date de la visite

**MOTIFS DE LA CONSULTATION**

1	
---	--

**EVENEMENTS MARQUANTS**

2	
---	--

**EXAMENS CLINIQUE ET BIOLOGIQUE**

3	<p><b>Examen général:</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">Poids:           kg</td> <td style="width: 33%;">Taille:           cm</td> <td style="width: 33%;">IMC( Poids/taille<sup>2</sup>):</td> </tr> <tr> <td>TA:       /</td> <td>Pouls:       /min</td> <td>T°:       °C</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Autres:</td> </tr> </table>	Poids:           kg	Taille:           cm	IMC( Poids/taille <sup>2</sup> ):	TA:       /	Pouls:       /min	T°:       °C	Autres:		
Poids:           kg	Taille:           cm	IMC( Poids/taille <sup>2</sup> ):								
TA:       /	Pouls:       /min	T°:       °C								
Autres:										
4	<p><b>Signes cliniques :</b></p>									



## STADE DE L'INFECTION A VIH

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

## CONCLUSION

10	
----	--

## TRAITEMENT

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

## PROPHYLAXIE

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

## PRISE EN CHARGE PSYCHOSOCIALE

18	Membre d'une association <b>Oui</b> <input type="checkbox"/> <b>Non</b> <input type="checkbox"/>
	Bénéficiaire d'une PEC psychosociale <b>Oui</b> <input type="checkbox"/> <b>Non</b> <input type="checkbox"/>
	<b>Interventions reçues :</b> <b>Oui</b> <input type="checkbox"/> <b>Non</b> <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: <b>Oui</b> <input type="checkbox"/> <b>Non</b> <input type="checkbox"/>	
Si Oui, préciser:	

## OBSERVATIONS

19	
----	--

## OBSERVATIONS (suite)

19	
----	--

## PROCHAIN RENDEZ-VOUS

20	<b>Date du prochain rendez-vous</b> ____/____/____/
----	---

---

## DEVENIR DU PATIENT

21	<b>Date de notification du devenir</b> ____/____/____/
22	<b>Devenir</b>
	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



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	<b>Examen général:</b>
	Poids:            kg            Taille:            cm            IMC( Poids/taille <sup>2</sup> ):
	TA:            /            Pouls:            /min            T°:            °C
	Autres:
4	<b>Signes cliniques :</b>





## STADE DE L'INFECTION A VIH

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

## CONCLUSION

10	
----	--

## TRAITEMENT

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

## PROPHYLAXIE

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

## PRISE EN CHARGE PSYCHOSOCIALE

18	Membre d'une association <b>Oui</b> <input type="checkbox"/> <b>Non</b> <input type="checkbox"/>
	Bénéficiaire d'une PEC psychosociale <b>Oui</b> <input type="checkbox"/> <b>Non</b> <input type="checkbox"/>
	<b>Interventions reçues :</b> <b>Oui</b> <input type="checkbox"/> <b>Non</b> <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: <b>Oui</b> <input type="checkbox"/> <b>Non</b> <input type="checkbox"/>	
Si Oui, préciser:	

## OBSERVATIONS

19	
----	--

## OBSERVATIONS (suite)

19	
----	--

## PROCHAIN RENDEZ-VOUS

20	<b>Date du prochain rendez-vous</b> ____/____/____/
----	---

## DEVENIR DU PATIENT

21	<b>Date de notification du devenir</b> ____/____/____/																														
22	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;"><b>Devenir</b></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>	<b>Devenir</b>	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
<b>Devenir</b>	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																													



**FICHE DE SUIVI**  
**VISITE N° .....**



Date de la visite

**MOTIFS DE LA CONSULTATION**

1	
---	--

**EVENEMENTS MARQUANTS**

2	
---	--

**EXAMENS CLINIQUE ET BIOLOGIQUE**

3	<b>Examen général:</b>
	Poids:            kg            Taille:            cm            IMC( Poids/taille <sup>2</sup> ):
	TA:            /            Pouls:            /min            T°:            °C
	Autres:
4	<b>Signes cliniques :</b>



## STADE DE L'INFECTION A VIH

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

## CONCLUSION

10	
----	--

## TRAITEMENT

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

## PROPHYLAXIE

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

## PRISE EN CHARGE PSYCHOSOCIALE

18	Membre d'une association <b>Oui</b> <input type="checkbox"/> <b>Non</b> <input type="checkbox"/>
	Bénéficiaire d'une PEC psychosociale <b>Oui</b> <input type="checkbox"/> <b>Non</b> <input type="checkbox"/>
	<b>Interventions reçues :</b> <b>Oui</b> <input type="checkbox"/> <b>Non</b> <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: <b>Oui</b> <input type="checkbox"/> <b>Non</b> <input type="checkbox"/>	
Si Oui, préciser:	

## OBSERVATIONS

19	
----	--



## OBSERVATIONS (suite)

19	
----	--

## PROCHAIN RENDEZ-VOUS

20	<b>Date du prochain rendez-vous</b> ____/____/____/
----	---

---

## DEVENIR DU PATIENT

21	<b>Date de notification du devenir</b> ____/____/____/
22	<b>Devenir</b>
	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







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