

REPOBLIKAN'I MADAGASIKARA  
*Fitiavana-Tanindrazana-Fandrosoana*

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

# DOSSIER MEDICAL

(Enfant: <15ans)

**Code d'identification nationale**







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:	
	Appelation/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	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	<b>Motif de consultation :</b>
25	<b>Histoire de la maladie :</b>
26	<b>Examen général:</b> ----- Poids: _____ kg Taille: _____ cm T°: _____ °C ----- Autres (à préciser) :
27	<b>Statut nutritionnel :</b> ----- Normal <input type="checkbox"/> Malnutrition modérée <input type="checkbox"/> Malnutrition sévère <input type="checkbox"/> Détails (à préciser) :
28	<b>Inféctions ORL/O:</b> 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	<b>Signes respiratoires:</b> <b>Oui</b> <input type="checkbox"/> <b>Non</b> <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	<b>Signes digestifs :</b> <b>Oui</b> <input type="checkbox"/> <b>Non</b> <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	<b>Signes tégumentaires :</b> <b>Oui</b> <input type="checkbox"/> <b>Non</b> <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> <b>Oui</b> <input type="checkbox"/> <b>Non</b> <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	<b>Signes ganglionnaire et splénique:</b> <b>Oui</b> <input type="checkbox"/> <b>Non</b> <input type="checkbox"/>
	Adénopathie <input type="checkbox"/> Splénomégalie <input type="checkbox"/> Autres / détails (à préciser) :
34	<b>Signes génito-urinaires :</b> <b>Oui</b> <input type="checkbox"/> <b>Non</b> <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	<b>Autres signes:</b> <b>Oui</b> <input type="checkbox"/> <b>Non</b> <input type="checkbox"/>
36	<b>Vaccination</b>
	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"/>



## CONCLUSION

42	
----	--

## TRAITEMENT

43	<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>	
	<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
45	<b>Autres prescriptions</b> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
	Maladies	Médicaments et Posologie

## PROPHYLAXIE

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

49	<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 POUR PARENTS et/ou ENFANT

50	Membre d'une association <span style="float: right;">Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></span>
51	Bénéficiaire d'une PEC psychosociale <span style="float: right;">Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></span>
52	<b>Interventions reçues :</b> <span style="float: right;">Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></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 scolaire <input type="checkbox"/> Autres (à préciser) :
53	Nom(s) de l'intervenant social:
54	Orientation vers une prise en charge psychosociale: <span style="float: right;">Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></span> Si Oui, préciser:

### OBSERVATIONS

55	
----	--

### PROCHAIN RENDEZ-VOUS

56	<b>Date du prochain rendez-vous</b> _____ / _____ / _____ /
----	---

### DEVENIR DU PATIENT

57	<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>



## 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	<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> <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																													



**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



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> <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																													



**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																													







## 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 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: 150px;"></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	<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																													







## 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																													







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