

DÉCLARATION D'UNE SÉROCONVERSION VIH AU COURS D'UN TRAITEMENT PAR EMTRICITABINE/TÉNOFOVIR DISOPROXIL DANS LE CADRE D'UNE PROPHYLAXIE PRÉ-EXPOSITION AU VIH (PrEP)

A adresser conjointement au CRPV dont vous dépendez et au CNR VIH, Hôpital Saint-Louis, Paris (marie-laure.chaix@aphp.fr)

Clinicien déclarant :

Nom :

Adresse e-mail :

Tél :

Cadre d'exercice :

Hôpital (nom, service, ville) :

CeGIDD (nom, adresse) :

Libéral (adresse) :

Initiales du patient : |_| - |_| (Nom-Prénom)

Date de naissance : |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

Sexe : H F Transgenre H vers F Transgenre F vers H

Mode(s) probable(s) de contamination :

Rapports sexuels entre hommes Rapports hétérosexuels Usage de drogues injectables

Autre, préciser :

Inconnu

Lieu probable de contamination : France métropolitaine France d'Outre-Mer

Autre pays, préciser :

Estimation possible de la date de la contamination :

Oui, préciser :

Non

Date d'initiation du traitement par Emtricitabine/ténofovir disoproxil : |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

Schéma de prise : Quotidien Autre, préciser :

Date de la dernière visite médicale de suivi avec prescription : |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

Date de la dernière sérologie VIH négative : |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

Charge virale recontrôlée à cette date : Oui, préciser le résultat : Non

Date de la dernière prise de l'Emtricitabine/ténofovir disoproxil : |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

Nombre de comprimés pris : - au cours de la dernière semaine :

- au cours du dernier mois :

Observance a l'Emtricitabine/ténofovir disoproxil déclarée par le patient, selon le schéma de prise :

Prise de toutes les doses Prise de la plupart des doses Prise d'environ la moitié des doses

Prise de très peu de doses Aucune prise

Dosages plasmatiques de l'Emtricitabine/ténofovir disoproxil, si réalisés :

Prise de traitements concomitants :

Oui, préciser :

Non

Prise de substances psychoactives :

Oui, préciser :

Non

Dates et résultats des examens virologiques réussis :

Date (jour/mois/année)	Sérologie VIH (ELISA 4 ^e génération)			ARN VIH plasm. (copies/mL)	Nombre de CD4 (/mm ³)
	Nom du test 4G	Ag/Ac	Ag p24 Ac		

Type de virus : VIH-1 VIH-2 Non identifié

Date de début du traitement antirétroviral à visée thérapeutique : |_|_|_|_|_|_|_|_|

Préciser le traitement prescrit :

Coordonnées du laboratoire ayant réalisé le diagnostic d'infection à VIH (Nom / adresse / Tél.) :

Génotypage de résistance du VIH-1 : Date de réalisation : |_|_|_|_|_|_|_|_|

Mutations de résistance : Oui, préciser : M184V/I K65R/E/N K70E

Autres, préciser : Non

Coordonnées du laboratoire ayant réalisé le génotypage (Nom / adresse / Tel.) :

Analyse du cas par le clinicien/virologue : s'agit-il d'une séroconversion suite à l'initiation d'une PrEP en phase de primo-infection non diagnostiquée : Oui Non

Si non, préciser :