Bienvenue au CeGIDD de Reims

Virus du SIDA et IST : Information – Dépistage – Diagnostic

Vous allez être reçu(e) par un professionnel de santé. En attendant, nous vous proposons de répondre aux questions suivantes afin de faciliter l'entretien confidentiel qui va suivre.
Aucune question n'est obligatoire. Si vous ne voulez pas répondre à une question, n'inscrivez rien : cela est préférable que de mettre de faux renseignements. Même si certaines questions vous paraissent gênantes, déplacées, ou indiscrètes, sachez qu'**elles n'ont pour seul but que de vous proposer les dépistages et les conseils les plus adaptés à votre situation.**

Nous vous demandons de remplir ce questionnaire CONFIDENTIEL seul(e), hors la présence de vos éventuels amis ou proches.

ADMINISTRATIF

Motif de consultation : ○ dépistage VIH - IST ○ informations ○ symptômes
Merci de préciser : .....

Vous êtes : ○ un homme ○ une femme ○ une personne transgenre

Votre date de naissance : ...../...../..... ⇒ **votre âge :** ..... ans

Votre lieu de naissance si à l'étranger ou hors France métropolitaine : .....

TESTS VIH-IST

Avez-vous déjà un dossier au CeGIDD de Reims ? ○ oui ○ non

Avez-vous déjà fait un test du VIH - virus du SIDA ? ○ oui ○ non
Si oui, il y a combien de temps ? .....

Avez-vous déjà fait le don du sang ? ○ oui ○ non
(don du sang = donner son sang pour qu'il soit transfusé à quelqu'un d'autre)
Si oui, il y a combien de temps ? .....

PREVENTION

Êtes-vous vacciné(e) contre :
- **l'hépatite A** ○ sans certitude ○ oui ○ non
- **l'hépatite B** ○ sans certitude ○ oui ○ non
- **les méningocoques** ○ sans certitude ○ oui ○ non
- **les papillomavirus** ○ sans certitude ○ oui ○ non

Si vous êtes une femme :
- **avez-vous une contraception ?** ○ oui ○ non
- **de quand date votre dernier frottis de dépistage du cancer du col de l'utérus ?** .....

RISQUES GÉO. ET EXP. SANG

Avez-vous déjà été exposé(e)
au sang de quelqu'un d'autre ? ○ oui ○ non

Avez-vous déjà fait usage de drogue :
- **en sniff (par le nez) ?** ○ oui ○ non
- **en injection ?** ○ oui ○ non

Avez-vous déjà fait :
- **des tatouages ?** ○ oui ○ non
- **des piercing ?** ○ oui ○ non
- **de l'acupuncture ?** ○ oui ○ non

Avez-vous déjà été incarcéré(e) ? ○ oui ○ non

Avez-vous déjà eu des problèmes de santé importants ? ○ oui ○ non
Si oui, lesquels : .....
Avez-vous déjà vécu ou voyagé longtemps hors France métropolitaine ? ○ oui ○ non
Si oui, où : .....

Tournez SVP ⇒

RISQUES EXP. SEXUELLE

Vous avez déjà eu des rapports sexuels avec : ○ des hommes ○ des femmes

<u>Êtes-vous en couple actuellement ?</u> ○ oui ○ non

Si oui :

- depuis combien de temps ? .....

- vous utilisez le préservatif : ○ jamais ○ parfois ○ toujours

- est-il prévu que votre partenaire fasse aussi un dépistage ? ○ oui ○ non

<u>En dehors de votre éventuel couple actuel :</u>

- à quand remonte votre dernier rapport sexuel ? .....

- pour ce rapport, avez-vous utilisé le préservatif ? ○ oui ○ non

<u>Au cours de votre vie :</u>

- combien avez-vous eu de partenaires ?

○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 ○ 5 à 9 ○ 10 à 19 ○ 20 à 49 ○ 50 ou plus

- parmi ces partenaires, avec combien y a-t-il eu rapport sans préservatif ?

○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 ○ 5 à 9 ○ 10 à 19 ○ 20 à 49 ○ 50 ou plus

<u>Sur les 12 derniers mois :</u>

- combien avez-vous eu de partenaires ?

○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 ○ 5 à 9 ○ 10 à 19 ○ 20 à 49 ○ 50 ou plus

- parmi ces partenaires, avec combien y a-t-il eu rapport sans préservatif ?

○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 ○ 5 à 9 ○ 10 à 19 ○ 20 à 49 ○ 50 ou plus

Avez-vous déjà été victime d'agression sexuelle ? ○ oui ○ non

Avez-vous déjà donné de l'argent pour obtenir une relation sexuelle ? ○ oui ○ non

Avez-vous déjà reçu de l'argent pour offrir une relation sexuelle ? ○ oui ○ non

ANTECEDENTS IST

Avez-vous déjà eu : *(*IST : Infection Sexuellement Transmissible)*

- un traitement contre une IST* ? ○ oui ○ non

- des symptômes pouvant faire évoquer une IST* ? ○ oui ○ non

(problèmes urinaires, gynécologiques, anaux ; éruption inhabituelle sur la peau ; …)

Si oui, précisez : .....

À votre connaissance, avez-vous déjà été concerné(e) par…

○ **VIH / virus du SIDA**	○ **chlamydia**
○ **hépatite A**	○ **gonocoque**
○ **hépatite B**	○ **trichomonas**
○ **hépatite C**	○ **herpès génital**
○ **syphilis**	○ **papillomavirus : verrues génitales**
	○ **papillomavirus : lésions du col utérin**

Voulez-vous ajouter / préciser quelque chose ?

.
.
.
.
.
.
.
.
.
.
.
.
.

Vous pouvez aussi consulter notre site : http://reims.cegidd.net -->