

## Questionnaire – VIH

### Client

Nom   
Rue   
Sexe   
Date de naissance   
Numéro de client

Prénom   
NPA / Lieu   
Tél.   
eMail   
No de proposition

Les informations recueillies au moyen de ce document seront traitées avec la plus grande confidentialité et sont soumises aux règles déontologiques relatives au respect du secret professionnel.

Prrière de cocher les cases correspondantes et de fournir tout commentaire ou date en regard des réponses affirmatives lorsque cela est souhaité. **Il n'est pas nécessaire de convoquer le patient.**

Taille:  cm poids:  kg date:   
Pression artérielle:  mmHg systolique /  mmHg diastolique date:   
Tabagisme:  Non  Oui Si oui, quoi?  Nombre/jour?  E-cigarette:  Non  Oui  
Ancien fumeur:  Non  Oui depuis quand?

### Contamination:

Date de découverte de la séropositivité:   
Mode de contamination (si connu):

**Surveillance médicale:**  non  oui Depuis quand:

**Traitement antirétroviral:**  non  oui

Date d'instauration:   
Nature du traitement:

A-t-il été interrompu?  non  oui Durée:

Si oui, pourquoi?

Compliance au traitement & la surveillance?  non  oui Depuis quand?

Si non pourquoi?

Existe-t-il d'autre(s) traitement(s) en cours?  non  oui Date:

Si oui, lesquels?

Motif:

### Examens complémentaires:

Taux de CD4: à la découverte:  mm<sup>3</sup>  
au plus bas:  mm<sup>3</sup>  
actuellement:  mm<sup>3</sup>

Charge virale:  indétectable  détectable - actuellement: nombre de copies:  /ml

## Valeurs de laboratoire:

Sérologie hépatite C, Résultat:  Date:

Sérologie hépatite B, Résultat:  Date:

**Existe-t-il des pathologies associées:**  non  oui

Si oui, lesquelles?  Date:

Traitements et durées:

## Autres traitements ou maladies connues?

Lesquels?

Quels traitements?  Depuis quand?

Raisons:

**Toxicomanie:**  non  actuelle  antécédent - quand?

Quelles substances?

Dernière consommation?

Quels traitements?  Quand?

## Autres commentaires:

**Prière de nous joindre une copie des examens spéciaux éventuels effectués ainsi que les résultats et les valeurs de référence pour toute fiche de laboratoire.**

Médecin

Tél.  Fax   
eMail

Date

### Transmission électronique

Avec le bouton «Envoyer» vous pouvez envoyer le formulaire en toute sécurité à au service médicale de la mobilière.