

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: mm³
au plus bas: mm³
actuellement: mm³

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.