

Logo labo

# QUESTIONNAIRE DEPISTAGE IST SANS ORDONNANCE

**Document CONFIDENTIEL**

ETIQUETTE DOSSIER FICHE PVT

## Rappel labo enregistrement dossier

- ✓ FSE
- ✓ Prescripteur : code « XXX » + mettre médecin traitant en 2e prescripteur (si accord patient)
- ✓ Codes examens (cf questionnaire)
- ✓ Doc CNAM scanné en ordonnance (SCOR)

## Questionnaire éligibilité

- Assuré Social MAJEUR / Tiers payant (pas d'anonymat)
- MINEUR ayant droit accompagné d'un représentant légal } Orienter les mineurs non accompagnés vers centre de planification familiale
- Date du dernier rapport à risque : ...../...../..... → ▲ délai de séroconversion/incubation
- Symptomatique => dépistage labo immédiat + orientation navigation
- Non symptomatique => au moins une condition suivante : multi partenariat (au moins 2 partenaires dans l'année) et/ou partenaire testé positif pour une IST et/ou HSH  
*Si aucune condition remplie : non éligibilité, possibilité de réaliser le dépistage IST après information patient*
- Examens socles : HIV + syphilis + Chlamydia/gonocoque (vaginal, urinaire 1<sup>er</sup> jet le cas échéant) + VHB (sauf si antériorité labo ac anti Hbs > 10 UI/l ou infection VHB chronique connue)
- Usager drogue ou substances dopantes non prescrites par un médecin : si oui rajouter sérologie VHC
- Femme 30-65 ans : dépistage HPV à jour ? → flyer dépistage / autoprélèvement ? suivant contexte

## Questionnaire pour prélèvement ciblé

- Rapports anaux non protégés => + Chlamydia/gonocoque anal
- Rapports oraux non protégés => + Chlamydia/gonocoque pharyngé } Examens cumulables

## Consentement patient

- J'accepte que les examens proposés soient prélevés et réalisés ainsi que les éventuels tests de confirmation nécessaire en cas de dépistage positif.
- J'accepte que mon résultat soit transmis à mon médecin de référence (nom/lieu exercice) :  
Dr.....
- En cas de test VIH confirmé positif, j'accepte que les résultats me soient remis par un biologiste médical au cours d'un entretien médical

Fait à .....

Le ..../...../.....

**Signature patient**

Prévention violence (sexuelle ou non)  
Orientation navigation lieux d'écoute / consultation

