

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 successifs :

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 :