



Centre de Santé et Services Sociaux Inuulitsivik
 Inuulitsivik Health & Social Services Centre
 Puvimituq, Québec J0M 1P0
 T 819 988-2957 / F 819 988-2796

EMBOSSER ICI LA CARTE BLEUE DU CSI,
 SI NON DISPONIBLE, INSCRIRE LES
 PRÉNOM, NOM, DATE DE NAISSANCE ET NO. DOSSIER

EMBOSS HERE THE BLUE CARD OF IHC.
 IF NOT AVAILABLE, WRITE THE NAME, SURNAME, DATE OF
 BIRTH AND FILE NUMBER

**Intervention préventive auprès
 des partenaires (IPAP): Gonorrhée / Chlamydia**

INFORMATIONS CONFIDENTIELLES

— FEUILLE DE

TRAVAIL — Ne mettre dans aucun dossier —

Date: aaaa /mm /jj Village de résidence: _____ Village d'intervention: _____

Identification du patient

- Cas index** (en attente de résultat) Désire être avisé des résultats si négatifs Tél.: _____
 Résultat reçu le: _____ + Chlam + Gono + Tricho Autre : _____
 - Chlam - Gono - Tricho
- Cas contact de :** # dossier (du cas index) _____
 Ayant reçu un résultat positif de: Chlam. Gono Tricho Autre : _____

Test(s) effectué (s)

- TAAN (PCR)- site (encercler) Culture vaginale Syphilis Hép. B Cult. Gono génitale
 Urine/ Vag. / Col Trichomonas VIH Hép. C Cult. Gono gorge
- # Laboratoire: _____ Résultats positifs: Gonorrhée, Syphilis, Hép. B et C = **MADO**

Traitement

- Aucun traitement** (en attente de résultat)
 Déjà traité le: _____ **Médication reçue:** _____
 Traitement remis: _____ **Date:** _____
- Suprax Fluconazole (Diflucan) Metronidazole (Flagyl) Autre: _____
 Azythromycine Clotimazole (Canestan) Ceftriazone

Tentative(s) de rejoindre le cas index ou contact

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Tentative #1
Moyen: _____
Date: _____ Initiales: ____

<input type="checkbox"/> Non rejoint ¹
<input type="checkbox"/> Refuse de venir ¹ | <input type="checkbox"/> Tentative #2
Moyen: _____
Date: _____ Initiales: ____

<input type="checkbox"/> Non rejoint ¹
<input type="checkbox"/> Refuse de venir ¹ | <input type="checkbox"/> Tentative #3
Moyen: _____
Date: _____ Initiales: ____

<input type="checkbox"/> Non rejoint ¹
<input type="checkbox"/> Refuse de venir ¹ |
|---|---|---|

¹ Faire note au dossier

Nom en lettres moulées : _____ **Initiales** _____ **Nom en lettres moulées :** _____ **Initiales** _____



Centre de Santé et Services Sociaux Inuulitsivik
 Inuulitsivik Health & Social Services Centre
 Puvinituq, Québec J0M 1P0
 T 819 988-2957 / F 819 988-2796

EMBOSSER ICI LA CARTE BLEUE DU CSI,
 SI NON DISPONIBLE, INSCRIRE LES
 PRÉNOM, NOM, DATE DE NAISSANCE ET NO. DOSSIER

EMBOSS HERE THE BLUE CARD OF IHC.
 IF NOT AVAILABLE, WRITE THE NAME, SURNAME, DATE OF
 BIRTH AND FILE NUMBER

Intervention préventive auprès des partenaires (IPAP): Gonorrhée / Chlamydia

Tous les partenaires ayant eu un contact sexuel avec la personne infectée dans les 60 jours précédents le début des symptômes ou du diagnostic; doivent être contactés, dépistés et traités.

CONTACTS

INFORMATIONS CONFIDENTIELLES

Nom, Prénom _____
 # Dossier _____
 DDN: aaaa /mm /jj Age: _____
 # Tel: _____
 Village d'intervention: _____
 Autre info pertinente: _____

Nom, Prénom _____
 # Dossier _____
 DDN: aaaa /mm /jj Age: _____
 # Tel: _____
 Village d'intervention: _____
 Autre info pertinente: _____

Nom, Prénom _____
 # Dossier _____
 DDN: aaaa /mm /jj Age: _____
 # Tel: _____
 Village d'intervention: _____
 Autre info pertinente: _____

Nom, Prénom _____
 # Dossier _____
 DDN: aaaa /mm /jj Age: _____
 # Tel: _____
 Village d'intervention: _____
 Autre info pertinente: _____

Nom, Prénom _____
 # Dossier _____
 DDN: aaaa /mm /jj Age: _____
 # Tel: _____
 Village d'intervention: _____
 Autre info pertinente: _____

Nom, Prénom _____
 # Dossier _____
 DDN: aaaa /mm /jj Age: _____
 # Tel: _____
 Village d'intervention: _____
 Autre info pertinente: _____

Nom en lettres moulées : _____ **Initiales** _____

Nom en lettres moulées : _____ **Initiales** _____
