



CTU-0091

sex: _____ identité de genre: _____ pronoms : _____

CONSULTATION SANTÉ SEXUELLE

Date : _____ Heure : _____ Lieu et service de consultation : _____
 Communauté d'appartenance : _____ Âge : _____

1. RAISON DE CONSULTATION

Raison de consultation : _____ Contraception
 Quick checkup (personne asymptomatique) PAP test/auto-prélèvement VPH
 Contact d'une ITSS : _____ Suivi d'un résultat ITSS + : _____

2. ANAMNÈSE Simplifiée : Quick checkup

Antécédents pertinents : _____

ALLERGIES : _____ Prise d'anticoagulant

Statut vaccinal complet pour ? **VHA** Oui Non Autre ou info complémentaires : _____
VHB Oui Non
VPH Oui Non

Usager a reçu / donné : sang, produits sanguins, organes ou tissus ? Oui Non Ne sais pas
 DDM : _____ **Grossesse (ou chez la partenaire) :** _____ semaines En allaitement

Dernier dépistage du cancer du col : _____ Contraception : _____

Sexe féminin	Sexe masculin
<input type="checkbox"/> Asymptomatique	<input type="checkbox"/> Asymptomatique
<input type="checkbox"/> Dyspareunie	<input type="checkbox"/> Douleur testiculaire
<input type="checkbox"/> Douleur abdominale basse	<input type="checkbox"/> Inconfort / douleur pénis
<input type="checkbox"/> Lésions	<input type="checkbox"/> Lésions
<input type="checkbox"/> Éruptions cutanées	<input type="checkbox"/> Éruptions cutanées
<input type="checkbox"/> Pertes anormales	<input type="checkbox"/> Écoulement urétral
<input type="checkbox"/> Odeur inhabituelle	<input type="checkbox"/> Picotement urétral
<input type="checkbox"/> Saignements anormaux	<input type="checkbox"/> Dysurie
<input type="checkbox"/> Prurit vaginal	<input type="checkbox"/> Rougeur / Irritation
<input type="checkbox"/> Dysurie	<input type="checkbox"/> Symptômes anaux
<input type="checkbox"/> Inconfort / douleur vagin	
<input type="checkbox"/> Syntômes anaux	

Début 1^{er} symptôme : _____ Dernier dépistage ITSS : _____ Dernier rapport sexuel : _____
 Autres ou informations complémentaires : _____

 Fin période fenêtre : _____

3. FACTEURS DE RISQUE Ne veut pas répondre / Simplifiée : Quick checkup

Sexe des partenaires : ♀ ♂ ♀♂ Partenaires multiples : Oui Non
 Caractéristique(s) des partenaires : Anonymes Autre(s) : _____
Site(s) exposé(s) : Pharynx Vagin Pénis Anus Autre(s) : _____
 Moyen de prévention : (type/fréquence/site) : _____
 Milieux / exposition(s) : Carcéral (si aucun dépistage depuis) Tatouage / Piercing (non stérile)
 Consommation de substances IV / IN / PO actuelle / ancienne : _____
 Autre(s) : _____

4. COUNSELING Refuse

<input type="checkbox"/> Transmission et risques associés	<input type="checkbox"/> Dépistage régulier (q3 mois)	<input type="checkbox"/> Vaccination
<input type="checkbox"/> Symptômes, dépistage et suivi	<input type="checkbox"/> Grossesse et allaitement	<input type="checkbox"/> Consommation et ITSS
<input type="checkbox"/> Traitement(s)	<input type="checkbox"/> Contraception	<input type="checkbox"/> Relations saines
<input type="checkbox"/> Partenaires et réinfection	<input type="checkbox"/> Cancer du col (dépistage)	<input type="checkbox"/> Autre(s) : _____



CTU-0091

Nom, prénom : _____

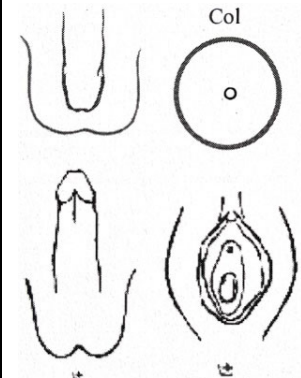
Dossier : _____ DDN : _____

5. EXAMEN PHYSIQUE Ne veut pas d'examen / **N/A**S.V. (si applicable) : _____

_____TV et bimanuel : _____
_____Punch rénal: + - KOH: + - BHCG urinaire : + - pH vaginal : _____

Bâtonnet urinaire : _____

Impression :

**6. PRÉLÈVEMENTS ET ÉTIQUETTES** N/A Consentement verbal obtenu

CSI

CSTU

- **PCR endo** (chlam-gono ♀)
- **CHLGPCR** (urine chlam-gono ♀ ♂)
- **Syprpr1** (sérologie syphilis)
- **HIV**
- HCV (VHC)
- PCR gorge (gono gorge)
- PCR anal (chlam-gono anus)
- GONO (culture gono)

- HCGQ (hormones grossesse)
- Vag (tricho, VB, candida)
- TRICO (tricho)
- HBsAG (VHB)
- HEPB1gG (immunité VHB)
- URI (analyse urine)
- U (culture urine)
- Her (culture VHS)
- Cytovag (PAP test)

- **PCRCOL** (chlam-gono-trico ♀)
- **PCRVAG** (autoswab chlam-gono, trico ♀)
- **PCRURIF** (urine chlam-gono ♀)
- **PCRH** (urine chlam-gono ♂)
- **VDRL-RPR** (sérologie syphilis)
- **VIH**
- PCRAUTRE (gorge/anus)
- Gonot (culture gono autre)
- Gonou (culture gono urête)
- Gonoc (culture gono col)

- HCV (VHC)
- HCG (hormones grossesse)
- SV (VB, candida)
- HBSAG (VHB)
- ACHBS (immunité VHB)
- Uri (analyse urine)
- U (culture urine)
- CVHS (culture VHS)
- Cytogyne (PAP test)
- HPV (auto-test VPH)

7. TRAITEMENTS N/ADate de traitement : _____ O.C. N° : _____ Syphilis (stade) : _____ RefuseRx : _____ En attente des résultats Éviter la consommation d'alcool 24 à 48H suivant la prise orale de métronidazole (Flagyl) Abstinence/port du condom x 7 jours (ou jusqu'à la fin du traitement ET jusqu'à résolution des symptômes)**8. PARTENAIRE(S)** Ne veut pas répondre / **N/A** IPPAP complété selon la période de recherche Avisera ses partenaires lui-même**9. MOYEN DE CONTACT ET NOTES COMPLÉMENTAIRES**Tél : _____ Messenger/Autre : _____ Matériel de prévention donné Encouragé à s'informer de ses résultats Reconsulter si persistance des symptômes Voir notes infirmières Médecin consulté, VFS ou notes Suivi prévu

Signature et N° de permis : _____ Date et heure : _____

DÉCLARATION MAD0 À LA RÉCEPTION DES RÉSULTATSRésultat(s) + : Gonorrhée Chlamydia Syphilis : _____ Autre : _____ CSS faxée (+ contacts via courriel si syphilis) à stbbi.nrbhss@ssss.gouv.qc.ca + conseiller.ère local.e, si applicable

Signature et N° de permis : _____ Date et heure : _____

→ Coller les étiquettes ici →