

# DÉCLARATION DE CAS DE VIH/SIDA ADULTES, ADOLESCENTS ET ENFANTS (AUTRES QUE LES CAS DE TRANSMISSION MATERNO-FOETALE)

VIH  SIDA  Nouveau rapport de cas  Mise à jour

## SECTION I – RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT

Nom du médecin déclarant	Ville	Numéro de téléphone
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Hôpital ou clinique	Ville	Province/territoire
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Ce patient est-il habituellement traité par un autre médecin?  Oui  Non  
Si oui, indiquer le nom, la ville et le numéro de téléphone.

Nom	Ville	Numéro de téléphone
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Initiales du patient	Sexe	Date de naissance (AAAA-MM-JJ)
1 <sup>ère</sup> <input type="text"/> 2 <sup>e</sup> <input type="text"/> 3 <sup>e</sup> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F	<input type="text"/>

État  Vivant (Si oui, date de la dernière fois où on l'a vu vivant)  Décédé (Si oui, date du décès)  
Date (AAAA-MM-JJ)   Ne sais pas

Préciser si le patient est : (veuillez demander au patient de vous aider à répondre à cette question)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Blanc   | <input type="checkbox"/> Arabe/ressortissant de l'Asie occidentale (p.ex., Arménien, Égyptien, Iranien, Libanais, Marocain, etc.) |
| <input type="checkbox"/> Noir (p.ex. Africain, Haïtien, Jamaïcain, Somalien, etc.)   | <input type="checkbox"/> Latino-Américain (p.ex. Mexicain, ressortissant de l'Amérique centrale ou de l'Amérique du Sud, etc.)    |
| <input type="checkbox"/> Amérindien <input type="checkbox"/> Métis <input type="checkbox"/> Inuit  | <input type="checkbox"/> Autre – Y inclus la mixité ethnique (préciser)   |
| <input type="checkbox"/> Asiatique (p.ex., Chinois, Japonais, Vietnamien, Cambodgien, Indonésien, Laotien, Coréen, Philippin, etc.)                        | <input type="text"/>  |
| <input type="checkbox"/> Asiatique du sud (p.ex. ressortissant des Indes orientales, Pakistanais, Sri Lankais, Punjabi, ressortissant du Bangladesh, etc.) | <input type="text"/>  |

Quelle langue cette personne parle-t-elle le plus souvent à la maison?

Pays de naissance  Canada  Autre (préciser)

Année d'arrivée au Canada

Ville et province/territoire de résidence au moment du diagnostic

Ville	Province/territoire	3 premiers chiffres du code postal
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Ville et province/territoire de résidence actuellement

Ville	Province/territoire	3 premiers chiffres du code postal
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## SECTION II – RISQUE(S) LIÉ(S) À LA TRANSMISSION DU VIH CHEZ CE PATIENT

Indiquer les comportements du patient depuis janvier 1978 et avant le diagnostic de VIH/sida :  
(cocher TOUTES les affirmations pertinentes)

Oui Non Ne sais pas

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Relations sexuelles avec un homme.

Relations sexuelles avec une femme.

Relation hétérosexuelle avec : (cocher TOUTES les réponses pertinentes)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- un utilisateur de drogues injectables;

- un homme bisexuel;

- un transfusé ayant une infection au VIH documentée;

- une personne souffrant d'hémophilie ou d'un trouble de la coagulation;

- une personne née dans un pays où la transmission hétérosexuelle prédomine.

Si oui, indiquer le pays

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

- une personne ayant une infection au VIH confirmée ou soupçonnée ou atteinte de sida (que le facteur de risque soit connu ou non).

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

Injection de médicaments non prescrits (notamment des stéroïdes).

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

Administration de concentrés de facteur VIII ou IX provenant d'un groupe de donneurs, pour le traitement de l'hémophilie ou d'un trouble de la coagulation. Si oui, veuillez remplir la section 1 du Supplément au rapport de déclaration de cas de VIH/sida.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

Transfusion de sang entier ou de constituants sanguins, comme des concentrés de globules rouges, du plasma, des plaquettes ou un cryoprécipité. Si oui, veuillez remplir la section 2 du Supplément au rapport de déclaration de cas de VIH/sida.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

Exposition en milieu de travail à du sang ou des liquides organiques contaminés par le VIH ou à une préparation concentrée de virus.

Si oui, préciser la nature du poste

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

Autre exposition liée à un acte médical (p. ex. : greffe d'organes ou de tissus, insémination artificielle). Si oui, donner des précisions à la section VI « Autres renseignements ou observations ».

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

Exposition autre qu'une exposition liée à un acte médical ou une exposition en milieu de travail qui pourrait être à l'origine de l'infection (p. ex. acupuncture, tatouage, perçage du corps (body piercing), lait maternel). Si oui, veuillez préciser la nature, la date et le lieu de l'exposition à la section VI « Autres renseignements ou observations ».

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

Depuis janvier 1978, ce patient a-t-il donné du sang, du plasma, des plaquettes, des organes, des tissus, du sperme ou du lait maternel? Si oui, veuillez préciser la nature, la date et le lieu du don à la section VI «Autres renseignements ou observations».

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

En a-t-on informé la Croix-Rouge ou le programme de collecte de sang concerné?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

Voulez-vous qu'un responsable de la santé publique se charge de transmettre ce renseignement à l'organisme intéressé?

### SECTION III – DONNÉES DE LABORATOIRE

Existe-t-il des signes, selon la définition figurant dans les instructions, en faveur d'une infection au VIH?

Oui  Non  Ne sais pas

Date du premier test positif de détection des anticorps anti-VIH (si connu) (AAAA-MM)

Numération actuelle des CD4 (si connu) (globules/ $\mu$  L)

### SECTION IV – ATTEINTES RÉVÉLATRICES DU SIDA

Atteintes	Date du diagnostic (AAAA-MM)	Méthode diagnostique	
		Certitude	Présomption
Cancer invasif du col utérin		<input type="checkbox"/>	S.O.
Candidose (bronches, trachée ou poumons)		<input type="checkbox"/>	S.O.
Candidose oesophagienne		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coccidioïdomycose (généralisée ou extrapulmonaire)		<input type="checkbox"/>	S.O.
Complexe <i>Mycobacterium avium</i> ou maladie à <i>M. kansasii</i> (généralisée ou extrapulmonaire)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infection à mycobactérie appartenant à d'autres espèces ou à une espèce non identifiée		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cryptococcose (extrapulmonaire)		<input type="checkbox"/>	S.O.
Cryptosporidiose (intestinale, chronique, durée >1 mo.)		<input type="checkbox"/>	S.O.
Cytomégalovirose (touchant un organe autre que le foie, la rate ou les ganglions)		<input type="checkbox"/>	S.O.
Encéphalopathie au VIH (démence)		<input type="checkbox"/>	S.O.
<i>Herpès simplex</i> : ulcère(s) chroniques(s) (durée >1 mo.) ou bronchite, pneumonite ou oesophagite		<input type="checkbox"/>	S.O.
Histoplasmosse (généralisée ou extrapulmonaire)		<input type="checkbox"/>	S.O.
Isosporiose, intestinale chronique (durée >1 mo.)		<input type="checkbox"/>	S.O.
Leucoencéphalopathie multifocale progressive		<input type="checkbox"/>	S.O.
Lymphome cérébral primaire		<input type="checkbox"/>	S.O.
Lymphome de Burkitt (ou terme équivalent)		<input type="checkbox"/>	S.O.

Atteintes	Date du diagnostic (AAAA-MM)	Méthode diagnostique	
		Certitude	Présomption
Lymphome immunoblastique (ou terme équivalent)		<input type="checkbox"/>	S.O.
<i>M. tuberculosis</i> (généralisée ou extrapulmonaire) (Veuillez remplir la SECTION V)		<input type="checkbox"/>	S.O.
Préciser le siège : <input type="checkbox"/> Milliaire <input type="checkbox"/> Pleurésie <input type="checkbox"/> S.N.C. <input type="checkbox"/> Autre siège respiratoire <input type="checkbox"/> Os et articulations <input type="checkbox"/> Génito-urinaire Autre (préciser)			
<i>M. tuberculosis</i> (pulmonaire) (Veuillez remplir la SECTION V)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pneumonie à <i>Pneumocystis carinii</i>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pneumonie bactérienne récurrente		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rétinite au cytomégalovirus (avec perte de vision)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sarcome de Kaposi		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Septicémie à salmonelles récidivante		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Syndrome d'émaciation au VIH		<input type="checkbox"/>	S.O.
Toxoplasmose cérébrale		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Maladies touchant exclusivement les enfants (&lt;15 ans)</b>			
Infections bactériennes multiples ou récidivantes (autre que la pneumonie bactérienne récurrente)		<input type="checkbox"/>	S.O.
Pneumonie interstitielle lymphoïde pulmonaire ou Hyperplasie lymphoïde pulmonaire		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## SECTION V – TUBERCULOSE

Oui Non Ne sais pas

- Avant le diagnostic de sida, le patient avait-il déjà été traité contre la tuberculose?  
Si oui, quand? (AAAA-MM)
- Le patient a-t-il déjà subi un test à la tuberculine PPD?  
Si oui, mesure de l'induration en mm?
- Si le test à la tuberculine PPD était négatif, le patient a-t-il subi une évaluation de l'anergie?  
Si oui, certains sites étaient-ils positifs?  Oui  Non  Ne sais pas

## SECTION VI – AUTRES RENSEIGNEMENTS OU OBSERVATIONS

Veillez utiliser la présente section pour transmettre tout renseignement pertinent concernant la transmission du virus, etc.

Nom de la personne qui a rempli ce formulaire

Numéro de téléphone

Date à laquelle la déclaration a été remplie (AAAA-MM-JJ)

### RÉSERVÉ À L'USAGE DE LA PROVINCE OU DU TERRITOIRE

Numéro d'identification de la province/territoire

Province/territoire d'attribution du cas

Dans quelle catégorie d'exposition le patient a-t-il été classé?

- Hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HRSH)
- Utilisateur de drogues injectables (UDI)
- HRSH et UDI
- Hétérosexuel – Région endémique
- Aucun risque connu – Hétérosexuel

- Transfusion sanguine
- Administration de facteur de coagulation
- Exposition en milieu de travail
- Hétérosexuel – partenaire à risque
- Aucun risque connu - Autre

### À L'USAGE DU ASPC

N° EPIC

Date de réception (AAAA-MM-JJ)