MEDECIN:			1 <sup>ère</sup>	°visite : □
			_	
POIDS :	Kgs	T.A. :	/	mmHg

FUMEUR ACTIF : □ OUI □ NON date arrêt :

### INFECTIONS / CANCERS DEPUIS LE DERNIER CONTACT NON OUI

E Propos	
2019-2019-1019-1019-1019-1019-1019-1019-	

	Evènements cliniques	Date	Evènements cliniques
	Pneumonie	/ /	Masse cérébrale X
	Infection à Zoster	/ /	Wasting Syndrome
	Mycose buccale	/ /	Cancer Cervical Invasif
)	Cancers non SIDA	/ /	Kaposi
	Ano-rectal	/ /	Lymphome cérébral
	Hépatocarcinome	/ /	Lymphome non-hodgkinien
113	Hodgkin	/ /	Infections opportunistes (préciser)
	Poumon	/ /	
	Colon	/ /	
	Peau	/ /	
	Dysplasie du col / cancer in situ	/ /	
	Autre (préciser) :	/ /	GROSSESSE INON I C

# SESSE | NON | OUI | TERMINEE

Date

/

/ /

/ /

		Date
	☐ Infarctus du myocarde	/ /
(3)	☐ Pontage coronarien	/ /
	☐ Angioplastie/stent coronarien	/ /
	☐ Accident vasculaire cérébral	/ /
	☐ Endartérectomie carotidienne	/ /

EVENEMENTS DEPUIS LE DERNIER CONTACT  $\square$  NON  $\square$  OUI

	☐ Accident vasculaire cérébral	/ /
	☐ Endartérectomie carotidienne	/ /
	☐ Endartérectomie autre	/ /
1	☐ Diabète	/ /
	☐ Acidose lactique	/ /

	☐ Varices oesophagiennes/gastriques	/	/
	☐ Encéphalopathie hépatique	/	/
	☐ Syndrome hépatorénal	/	/
Processor is an included the control of the control	☐ Transplantation hépatique	/	/

□ Dialyse	/ /
☐ Transplantation rénale	/ /
☐ Nécrose osseuse aseptique	/ /
	, ,

Evolution	Date
Date prévue accouchement	/ /
Accouchement a eu lieu	/ /
Césarienne	/ /
IVG	/ /
Fausse couche	/ /

## VACCINS □ NON □ OUI\_

	Date
Pneumocoque	/ /
Influenza	/ /
Hépatite A	/ /
Hépatite B	1 1
	1 1

		Cont.	Blind		e de	Date	de fin	Raison	Coding for Reason for
	T				but			de l'arrêt	11 0
	Combivir (AZT+3TC)				1	1	1		1= Treatment failure 2= Cardiovascular related
	Emtriva (FTC)			1	1	1	1		3= Hepatitis
N	Epivir (3TC)			1	1	1	1		4= Diabetes related 5= Lactic acidosis
R	Kivexa (3TC+ABC)			1	1	1	1		6= Dyslipidaemia
T	Retrovir (AZT)			1	1	1	1		7= Abnormal fat redistribution
'	Trizivir(AZT+3TC+ABC)			1	1	1	1		8= Hypersensitivity reaction 9= Switch to easier therapy
	Truvada (FTC+TDF)			1	1	1	1		101 = toxicity, G-I tract
	Videx (ddl)			1	1	1	1		102 = toxicity, liver 103 = toxicity, pancreas
	Viread (TDF)			1	1	1	1		11 = toxicity, nervous system
	Ziagen (ABC)			1	1	1	1		12 = toxicity, kidneys 13 = toxicity, endocrine system
	Zerit (d4T)			1	1	1	1		14 = toxicity, endocrine system
N N	Stocrin (EFV)			1	1	1	1		16 = Patient's wish/decision
R	Viramune (NVP)			1	1	1	1		17 = Physician's decision 18 = Other causes
T	Intelence (Etravirine)			1	1	1	1		19 = Hematological Reasons
	Rilpivirine (RLP)(TMC278)			1	1	1	1		21 = STI 96 = Related to pregnancy
Σ	Atripla (FTC+TDF+EFV)			1	1	1	1		99 = Unknown
Σ	FDC (RLP+ FTC+TDF)			1	1	1	1		
Σ	Quad ( EVG +FTC + TDF +COB)			1	1	1	1		ŵ.a
	Aptivus (TPV)			1	1	1	1		
	Invirase (SQV)			1	1	1	1		
	Kaletra ( LPV+RTV)			1	1	1	1		
Р	Norvir (RTV)			1	1	1	1		
	Prezista (DRV) 800mg QD			1	1	1	1		
	Prezista (DRV) 600mg BID			1	1	1	1		
	Reyataz (ATV)			1	1	1	1		
	Telzir (FAPV)			1	1	1	1		
О Т	Fuzeon (T20)			1	1	1	1		
Н	Celsentri (Maraviroc)			1	1	1	1		
E R	Isentress (Raltegravir)			1	1	1	1		
S	Elvitegravir ( EVG)			1	1	1	1		
	Dolutegravir ( DTG)			1	1	1	1		
	Cobicistat- booster ( COB)			1	1	1	1		

#### TRAITEMENTS CARDIOVASCULAIRES / METABOLIQUES/AUTRES

EN COURS		ON $\square$	OUI			
	Cont.		e de but	Dåte fi	e de n	
Anti aggrégants plaq.		1	1	1	1	Vitamine D
ACE inhibiteurs		1	1	1	1	Biphosphonates
Hypotenseurs		1	1	1	1	G-CSF
Hypolipémiants : Statines		1	1	1	1	Stéroïdes anabolisants
Hypolipémiants : Fibrates		1	1	1	1	
Hypolipémiants : Ezetimibe		1	1	1	1	TRAITEMENT (
Hypolipémiants : Ac Nicotinique		1	1	1	1	(Peg-interfer
Anti-diabétiques oraux		1	1	1	1	
Insuline		1	1	1	1	

TRAITEMENT CONTRE HEPATITE C EN COURS (Peg-interferon Ribavirine) □ NON □ OUI

Cont.

Date de

début

Date de

fin

1 1

1

Cont.	Date de début	Date de fin		
	1 1	1 1		

DONNEES GENERALES							
		Etic	quette				
Sexe:	O masculin	O	féminin		O transsexuel		
Ethnie :	O caucasien	O africain	O asiat	ique	O amérindien		
	O métisse (afro-c	européen)	_				
Résidence :	O Belgique O	autre:					
Pays d'origin	e:	*****					
Né en Belgiqu	ue: O oui O	non → Date	d'arrivée en E	Belgique :			
	•••••						
Le patient a-t- au CETIM ?	il été <b>hospitalisé</b> at O non	CHU St Pierre.	dans le cadre d	de son HIV	, avant sa prise en charge		
Date du diagi	Date du diagnostic de la séropositivité/						
	s et motifs du test:						
O dem	ande du patient	O argu	ments clinique	O pré-opératoire			
O gros	sesse	O raiso	ons administrati	O à l'insu			
	es raisons						
	i : isition du VIH le p		****************	••••••	••••••••		
	orts hétérosexuels	nus probable.	O rapports 1	nomo/bi-se	exuels		
_	nge de seringues		O rapports homo/bi-sexuels O transfusion de sang/tissu				
O néon	O néonatal O nosocomial/exposition professionnelle						
O incor	O inconnu O autre:						
Remarques éventuelles :							
Contaminatio	n: Lieu: ( Moment:	<b>D</b> Europe	=	O Aut	re O Inconnu		
Tests HIV antérieurs: O non O oui → date dernier test négatif:/							
Remarques éventuelles:							
			• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •				

## Seroconversion

Le patient a-t-il présenté un symptôme clinique rétroviral aigu ?  O non							
	→ date://						
Dispose-t-on de données sérologiques documentant la séroconversion ?							
O non							
O oui	→ date 1 <sup>er</sup> ELISA : dates WB incomplet:	/,/					
	date WB complet : dates Ag p24+ :	/,/					
DONNEES SEXUELLES							
Orientation sexuelle :	O hétéro O bi	O homo					
Partenaires sexuels actu	els O aucun						
		rques éventuelles					
O 1 partenaire régulier	(nom du partenaire	, informé de la séropositivité,)					
• i parenane reganer							
O plusieurs partenaires réguliers							
O partenaires occasionnels							
Remarques sur partena	ires sexuels antérieurs si nécess	aire:					
***************************************							
Personne(s) - autres que le(s) partenaire(s) - informée(s) de la séropositivité							
Ne pas oublier d'évoquer les mesures de prévention de la transmission au(x) partenaire(s), ni le problème de la transmission mère/enfant							

DONNEES FAMILIALES							
Enfants:	O non		O oui	Si oui compléter le tableau			
Prénom	Nom (Si différent du patient)	Date de naissance	Status VIH	Préciser le cadre de vie uniquement si différent de la cellule parentale			
			Try constituted about the same take				
Mode de vie O Vit seul							
O Cohabite avec	c: Conjoir	nt	O oui	O non			
	Enfants		O oui	O non			
		Parents		Onon			
Autres po Si oui, po Commentaires :		personnes préciser:	O oui	O non			
•••••							
	• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	••••••			
	• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •	• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •					
	• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •		• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •				
	• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •		• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •				
	• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •		· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·				

	HISTOIRE	MEDICALE						
Taille:	Poids:	TA:						
Fumeur actuellement : précédemment :	_	Non date d'arrêt :	//					
Antécédents d'infarctus av		narents de premier degré (pèr	re, mère, frères et sœurs)					
Intradermo tuberculine		Non/ O Posi	tif O Négatif					
Allergies:	Allergies:							
Vaccinations								
Hépatite A Oui O No	on//	Pneumocoque O Oui O No	n/					
	on//	BCG Oui O No						
Antécédents								
Diabète	//	Pontage coronarien	//					
Acidose lactique	//	Angioplastie/stent coronarien	//					
Insuffisance rénale	//	Accident vasculaire cérébral	//					
Nécrose osseuse aseptique	//	Endartérectomie carotidienne	//					
Infarctus du myocarde	//	Endartérectomie autre	//					
Infections liées au VIH	Date	Autres antécédents	Date					
	/		/					
	/		//					
The state of the s	//		//					
	//		//					
	//		//					
Anti-rétroviraux Le patient est-il naïf de traiter Si non, l'histoire thérapeutiqu Commentaires		dans le dossier Oui	_					
•••••••••••••••••••••••••••••••••••••••		•••••	• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •					