



### 3. SEROLOGIE VIH

#### Western Blot VIH1

Positif (1) ☐Négatif (2) ☐

#### Sous type VIH<sup>1</sup><sup>5</sup>

Autre en clair :

N.S.P ☐

Date dernière sérologie négative VIH1 |\_\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Date 1<sup>ère</sup> sérologie positive VIH1 |\_\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

#### Western Blot VIH2

Positif (1) ☐Négatif (2) ☐

Date dernière sérologie négative VIH2 |\_\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Date 1<sup>ère</sup> sérologie positive VIH2 |\_\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

### 4. CONTAGE DATE VIH

Présomption de contage daté :

Oui (1) ☐Non (1) ☐

Si présomption de contage daté, préciser la date :

|\_\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Y a-t-il eu des manifestations de primo-infection ?

Oui (1) ☐Non (1) ☐

Si oui, date de primo-infection :

|\_\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

### 5. CONSOMMATION DE TABAC AU MOMENT DE L'INCLUSION

Catégorie Fumeur :

N'a jamais fumé (1) ☐Arrêt depuis moins d'1 an\* (4) ☐Arrêt depuis 1 an ou plus\* (2) ☐Fumeur occasionnel\* (5) ☐  
(moins d'1 cigarette par jour)Fumeur régulier\* (3) ☐  
(1 cigarette par jour et plus)Ne sait pas (6) ☐

Consommation actuelle :

\*à remplir si le patient a déjà fumé

consommation actuelle (nombre de cigarettes / jour) |\_\_|\_|\_|\_|

consommation cumulée (nombre de paquets-années) |\_\_|\_|\_|\_|

(nombre de paquets-années = nombre de cigarettes par jour x nombre d'années de consommation de tabac / 20)

### 6. ANTECEDENTS DE TRAITEMENTS ANTIRETROVIRAUX AVANT LE PREMIER SUIVI

Traitement antirétroviral

Oui (1) ☐Non (2) ☐NSP (3) ☐Date de 1<sup>er</sup> traitement antirétroviral

|\_\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Traitement HAART\*\*

Oui (1) ☐Non (2) ☐NSP (3) ☐Date de 1<sup>er</sup> traitement HAART

|\_\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

\*\* Traitement comportant au moins 3 molécules ou traitement comportant au moins 2 IP pleine dose ou traitement comportant au moins 1 NNUC et 1 IP

**Ce patient a-t-il eu des événements cliniques avant aujourd'hui (antécédents cliniques) ?**Oui ☐ Si oui, veuillez remplir la FICHE ANTECEDENTS CLINIQUESNon ☐<sup>5</sup> Consulter le thésaurus des sous-types VIH-1

## FICHE ANTECEDENTS CLINIQUES

## 1. IDENTIFICATION DU PATIENT

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Les pathologies classant SIDA sont indiquées avec \*.**

## 2. PATHOLOGIES

**Date 1<sup>er</sup> diagnostic**

## Localisation

## Infections parasitaires

Cryptosporidiose chronique A072+1*	<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"/>
Isosporidiose intestinale chronique (> 1 mois) A073+1*	<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"/>
Leishmaniose B55	<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"/>
Microsporidiose B6080	<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"/>
Pneumonie à Pneumocystis jiroveci B59*	<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"/>
Toxoplasmose cérébrale G052-B582*	<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"/>
Strongyloïdose extra intestinale B781, B787, B789	<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"/>

## Infections virales

Infection herpétique muco-cutanée >1 mois B001+1*	<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"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Infection herpétique bronchique J180-B008*	<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"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Infection herpétique pulmonaire J171-B008*	<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"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Infection herpétique oesophagienne K2380-B008*	<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"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Rétinite à cytomégalovirus H320-B258*	<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"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Autres infections à cytomégalovirus (rétinite exclue) B25*	<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"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Zona récurrent ou plus d'un dermatome B028	<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"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Leuco-encéphalopathie multifocale progressive A812*	<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"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Leucoplasie chevelue de la langue K133	<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"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Syphilis A51, A52, A53	<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"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

## Infections bactériennes

[illegible]

## Infections fongiques

[illegible]

	Date 1 <sup>er</sup> diagnostic	Localisation
<b>Tumeurs</b>		
Sarcome de Kaposi C46 B210* <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lymphome cérébral primaire C857+1* <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lymphome non hodgkinien C859* <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maladie de Hodgkin C81 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cancer du poumon <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dysplasie du col N87 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Carcinome du col in situ, dysplasie du col D06 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cancer invasif du col C53* <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Carcinome du canal anal in situ, dysplasie du canal anal D013 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cancer du canal anal C211 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Pathologies hépatiques</b>		
Ascite R18 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Carcinome hépatocellulaire C220 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Encéphalopathie hépatique K729 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hémorragie digestive I850 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Affections neurologiques</b>		
Encéphalopathie associée au VIH G051-B220* <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Polyneuropathie périphérique associée au VIH G630-B238 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Manifestations non spécifiques en rapport avec le VIH</b>		
Lymphadénopathie persistante généralisée R591 B231 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amaigrissement >10% R634 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Syndrome cachectique R64 B222* <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fièvre > 1 mois R50++1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diarrhée > 1 mois A09++1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Autres pathologies</b>		
Purpura thrombocytopénique D695+1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maladie de Castelman D360 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accident vasculaire cérébral hémorragique I61 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accident vasculaire cérébral ischémique I63 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infarctus du Myocarde I21 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insuffisance coronarienne I20 I24 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Embolie pulmonaire I26 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hypertension artérielle pulmonaire I270 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ostéonécrose M87 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ostéoporose avec fracture M80 ou sans fracture M81 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lipoatrophie E881 ou Lipohypertrophie E881 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acidose lactique ou hyperlactatémie ayant nécessité une hospitalisation E872 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cytolyse hépatique R740 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pancréatite K85 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toxidermie ayant nécessité une hospitalisation L519 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suicide X84 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Autres manifestations</b>		
..... <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"/>

Si une pathologie classante notée \* est renseignée, stade CDC C et préciser la date.

### 3. STADE CLINIQUE

Stade (A, B ou C):

|\_ |

Stade CIM :

|\_ | \_ | \_ |

Date de diagnostic SIDA avéré :

|\_ | \_ | \_ | \_ | \_ |

### 4. NADIR DES CD4

Nadir des CD4 :

|\_ | \_ | \_ | \_ | /mm<sup>3</sup>

# FICHE PATIENT VHB POSITIF

## 1. IDENTIFICATION DU PATIENT

Nom : ..... Prénom : ..... Date de naissance : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

## 2. MODE(S) DE TRANSMISSION

### 2.1. Transmission sexuelle (cocher exclusivement l'orientation sexuelle principale) :

Homosexuel (masculin) (1) ☐

Bisexuel (masculin) (2) ☐

Hétérosexuel(le) (3) ☐

### 2.2. Transmission sanguine (cocher plusieurs cases si nécessaire) :

Hémophilie (4) ☐

Transfusion(s) (5) ☐

Toxicomanie intra veineuse ou nasale (6) ☐

Accident d'exposition au sang (10) ☐

Actes chirurgicaux, explorations fonctionnelles (11) ☐

Dialyse (12) ☐

Tatouage, piercing (13) ☐

### 2.3. Transmission materno-fœtale : (7) ☐

2.4. Autre mode de transmission du patient : (9) ☐ Préciser, en clair : .....

2.5. Inconnu (8) ☐ à ne cocher que si aucun autre mode mis en évidence

2.6. Personne contaminée dans l'entourage familial (14): ☐

## 3. Antécédents de traitement avant le premier suivi :

Pas de traitement ☐

3TC ☐

FTC ☐

Tenofovir ☐

Interféron 2A ☐

Interféron 2B ☐

PEG Interféron 2A ☐

PEG Interféron 2B ☐

Adefovir Dipivoxil (Hepsera) ☐

Entecavir (Baraclude) ☐

Ribavirine (Rebetol/Copegus) ☐

Telbivudine (Tyzeka) ☐

Truvada (TNF+FTC) ☐

Autre, préciser : ☐ .....

# FICHE PATIENT VHC POSITIF

## 1. IDENTIFICATION DU PATIENT

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

## 2. MODE(S) DE TRANSMISSION

### 2.1. Transmission sexuelle (cocher exclusivement l'orientation sexuelle principale) :

Homosexuel (masculin) (1) ☐

Bisexuel (masculin) (2) ☐

Hétérosexuel(le) (3) ☐

### 2.2. Transmission sanguine (cocher plusieurs cases si nécessaire) :

Hémophilie (4) ☐

Transfusion(s) (5) ☐

Toxicomanie intra veineuse ou nasale (6) ☐

Accident d'exposition au sang (10) ☐

Actes chirurgicaux, explorations fonctionnelles (11) ☐

Dialyse (12) ☐

Tatouage, piercing (13) ☐

### 2.3. Transmission materno-fœtale : (7) ☐

### 2.4. Autre mode de transmission du patient : (9) ☐ Préciser, en clair :

.....

### 2.5. Inconnu (8) ☐ à ne cocher que si aucun autre mode mis en évidence

### Date de première exposition au VHC\*

\* si transmission par acte chirurgical, endoscopie : date de l'intervention  
si transmission par toxicomanie : date de 1<sup>ère</sup> exposition

|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

## 3. GENOTYPAGE VHC

Génotype VHC (Test quantitatif par PCR) Oui (1) ☐ Non (2) ☐

1<sup>er</sup> génotype

|\_|\_|\_|\_|

2<sup>ème</sup> génotype

|\_|\_|\_|\_|

Date du  
génotypage

|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Technique : Innolipa (1) ☐

Visible Genetic (2) ☐

Autre (3) ☐ , préciser : \_\_\_\_\_

**4. Antécédents de traitement avant le 1<sup>er</sup> suivi :**

- Pas de traitement ☐
- Interféron 2A ☐
- Interféron 2A + Ribavirine ☐
- Interféron 2B ☐
- Interféron 2B + Ribavirine ☐
- PEG Interféron 2A ☐
- PEG Interféron 2A + Ribavirine ☐
- PEG Interféron 2B ☐
- PEG Interféron 2B + Ribavirine ☐
- Ribavirine (Rebetol/Copegus) ☐
- Autre, préciser : ☐ \_\_\_\_\_



# SUIVI SEROLOGIE DES HEPATITES

## 1. IDENTIFICATION DU PATIENT

Nom : ..... Prénom : ..... Date de naissance : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Date de sérologie : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

## 2. SEROLOGIE VHB

Antigène HBs	Positif (1) <input type="checkbox"/>	Négatif (2) <input type="checkbox"/>	Non fait (3) <input type="checkbox"/>
Anticorps anti-HBs	Positif (1) <input type="checkbox"/>	Négatif (2) <input type="checkbox"/>	Non fait (3) <input type="checkbox"/>
Anticorps anti-HBc	Positif (1) <input type="checkbox"/>	Négatif (2) <input type="checkbox"/>	Non fait (3) <input type="checkbox"/>
Antigène HBe	Positif (1) <input type="checkbox"/>	Négatif (2) <input type="checkbox"/>	Non fait (3) <input type="checkbox"/>
Anticorps anti-HBe	Positif (1) <input type="checkbox"/>	Négatif (2) <input type="checkbox"/>	Non fait (3) <input type="checkbox"/>

**Si l'antigène HBs est positif, veuillez remplir ci-dessous :**

Antigène Delta	Positif (1) <input type="checkbox"/>	Négatif (2) <input type="checkbox"/>	Non fait (3) <input type="checkbox"/>
Anticorps anti-Delta	Positif (1) <input type="checkbox"/>	Négatif (2) <input type="checkbox"/>	Non fait (3) <input type="checkbox"/>

## 3. SEROLOGIE VHC

Anticorps Anti-VHC	Positif (1) <input type="checkbox"/>	Négatif (2) <input type="checkbox"/>	Non fait (3) <input type="checkbox"/>
Guérison du VHC	Oui (1) <input type="checkbox"/>	Non (2) <input type="checkbox"/>	Si oui, Date de guérison  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

**Si l'antigène HBs est positif, veuillez remplir la FICHE PATIENT VHB POSITIF**

**Si l'anticorps anti-VHC est positif, veuillez remplir la FICHE PATIENT VHC POSITIF**

# RECOURS

## 1. IDENTIFICATION DU PATIENT

Date de naissance :

## 2. CARACTERISTIQUES DU RECOURS :

Numéro de l'Unité médicale :

Type de recours : **Consultation** (3) ☐ **Hospitalisation de jour** (2) ☐ **Hospitalisation complète** (1) ☐

Motif du recours ou diagnostic principal : | \_ | \_ | \_ | + | \_ | -- | \_ | \_ | \_ | \_ | + | \_ |

Caractère du diagnostic | 1 : présumptif 2 : confirmé 3 : ne sait pas

Type du diagnostic |\_\_|

1 : 1er événement      3 : poursuite d'un épisode en cours  
2 : récurrence      4 : Ne sait pas

Date du recours:    |    |    |    |    |

### 3. HOSPITALISATION

Mode d'entrée :      Prestation inter-établissement (0) ☐

                                 Mutation (6) ☐

                         Transfert d'un autre établissement (7) ☐

                         Domicile (8) ☐

Type d'entrée :            Unité de soin de courte durée (1)    ☐

                                 Unité de soin de suite et réadaptation (2)    ☐

                                 Unité de soin de longue durée (3)    ☐

                                 Psychiatrie (4)    ☐

                                 Service accueil des urgences (5)    ☐

                                 Hospitalisation à domicile (6)    ☐

                                 Structure médico-sociale (7)    ☐

Date de sortie de l'Unité :    |    |    |    |    |

**Mode de sortie :**

Prestation inter-établissement	(0)	<input type="checkbox"/>
Mutation	(6)	<input type="checkbox"/>
Transfert vers un autre hôpital	(7)	<input type="checkbox"/>
Retour à domicile	(8)	<input type="checkbox"/>
Décès	(9)	<input type="checkbox"/>

Type de sortie :            Unité de soin de courte durée (1)    ☐

                                 Unité de soin de suite et réadaptation (2)    ☐

                                 Unité de soin de longue durée (3)    ☐

                                 Psychiatrie (4)    ☐

                                 Service accueil des urgences (5)    ☐

                                 Hospitalisation à domicile (6)    ☐

                                 Structure médico-sociale (7)    ☐

#### 4. DONNEES CLINIQUES

Poids actuel : |\_|\_|\_|\_|, |\_|\_|

Amaigrissement >10% : |\_|\_| 1 : Oui 2 : Non

Consommation d'alcool :

Non (2) ☐

Oui (1) ☐

Ne sait pas (3) ☐

Si oui, verres alcool :

<4 verres/jour (1) ☐

(un seul choix possible)

4 à 8 verres/jour (2) ☐

>8 verres/jour (3) ☐

Ne sait pas (4) ☐

#### 5. PROTOCOLE

Protocole en cours : Oui (1) ☐

Non (2) ☐

Si oui, nom du protocole<sup>1</sup> :

\_\_\_\_\_

Date d'inclusion : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Date de fin de suivi : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

#### 6. COMMENTAIRE

Commentaire sur le recours:

#### 7. VARIABLES LOCALES

	Nom de la variable	Valeur		Nom de la variable	Valeur
Var 1	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _	Var 9	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _
Var 2	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _	Var 10	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _
Var 3	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _	Var 11	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _
Var 4	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _	Var 12	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _
Var 5	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _	Var 13	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _
Var 6	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _	Var 14	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _
Var 7	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _	Var 15	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _
Var 8	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _			

<sup>1</sup> Les protocoles ANRS doivent être indiqués ANRS+n°ANRS du protocole

Des diagnostics secondaires autres que le diagnostic principal ont-il été posés chez ce patient ?

Oui ☐ *Si oui, veuillez remplir le SUIVI DES DIAGNOSTICS* Non ☐

Les traitements antirétroviraux de ce patient ont-ils été modifiés lors du recours ?

Oui ☐ *Si oui, veuillez remplir le SUIVI TRAITEMENTS ANTIRETROVIRAUX* Non ☐

Les autres traitements de ce patient ont-ils été modifiés lors du recours ?

Oui ☐ *Si oui, veuillez remplir le SUIVI AUTRES TRAITEMENTS* Non ☐

Des examens biologiques ont-ils été effectués chez ce patient ?

Oui ☐ *Si oui, veuillez remplir le SUIVI BIOLOGIQUE* Non ☐

Une sérologie VHB ou VHC a-t-elle été effectuée chez ce patient ?

Oui ☐ *Si oui, veuillez remplir la SUIVI SEROLOGIE DES HEPATITES* Non ☐

S'agit-il d'un suivi chez un patient ayant une infection VHB active ou VHC active ?

Oui ☐ *Si oui, veuillez remplir le SUIVI INFECTION VHB et/ou VHC active* Non ☐

Le patient a-t-il été perdu de vue, a-t-il changé de centre ou est-il décédé ?

Oui ☐ *Si oui, veuillez remplir la FICHE SITUATION* Non ☐

# SUIVI DES DIAGNOSTICS

## 1. IDENTIFICATION DU PATIENT

Nom :	Prénom :	Date de naissance :	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
.....			
		Date de diagnostic	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Pour les pathologies classantes notées \*, la case de diagnostic doit être cochée et la date de SIDA renseignée, le cas échéant.

## 2. PATHOLOGIES

### Caractère Diagnostic

1 : présomptif  
2 : confirmé  
3 : ne sait pas

### Type du diagnostic

1 : 1er événement  
2 : récursive  
3 : poursuite d'un  
épisode en cours  
4 : Ne sait pas

### Localisation

### Infections parasitaires

Cryptosporidiose chronique A072+1* <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Isosporidiose intestinale chronique(> 1 mois) A073+1* <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Leishmaniose B55 <input type="checkbox"/>		<input type="text"/>
Microsporidiose B608+0 <input type="checkbox"/>		<input type="text"/>
Pneumonie à Pneumocystis jiroveci B59* <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Toxoplasmose cérébrale G052-B582* <input type="checkbox"/>		<input type="text"/>
Strongyloïdose extra intestinale B781, B787, B789 <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### Infections virales

Infection herpétique muco-cutanée >1 mois B001+1* <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Infection herpétique bronchique J180-B008* <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Infection herpétique pulmonaire J171-B008* <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Infection herpétique oesophagienne K238+0-B008* <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Rétinite à cytomégalovirus H320-B258* <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Autres infections à cytomégalovirus (rétinite exclue) B25* <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Zona récurrent ou plus d'un dermatome B028 <input type="checkbox"/>		<input type="text"/>
Leuco-encéphalopathie multifocale progressive A812* <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Leucoplasie chevelue de la langue K133 <input type="checkbox"/>		<input type="text"/>
Syphilis A51, A52, A53 <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### Infections bactériennes

Infections bactériennes récurrentes <input type="checkbox"/>		<input type="text"/>
Mycobacteriose disséminée ou extra-pulmonaire A318+3* <input type="checkbox"/>		<input type="text"/>
Mycobactériose atypique (avium ou kansasii) A318+1 A318+2* <input type="checkbox"/>		<input type="text"/>
Angiomatose bacillaire (bartonellose) A44 <input type="checkbox"/>		<input type="text"/>
Tuberculose pulmonaire A15* <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tuberculose extra pulmonaire A18* <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Bactériémie récidivante à salmonelle A021+1* <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nocardiose A43 <input type="checkbox"/>		<input type="text"/>
Pneumonie bactérienne récurrente J158+1* <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### Infections fongiques

Candidose oro-pharyngée B370 <input type="checkbox"/>		<input type="text"/>
Candidose oesophagienne K238 B378* <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Candidose vaginale persistante N771 B373 <input type="checkbox"/>		<input type="text"/>
Candidose trachéale J998 B378* <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Candidose pulmonaire J172 B371* <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Candidose autre B378 <input type="checkbox"/>		<input type="text"/>
Coccidioïdomycose disséminée ou extra-pulmonaire B383, B384, B387, B388, B389* <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Cryptococcose extra-pulmonaire B45_ (sauf B450) * <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Histoplasmosse B393, B394, B395, B399 <input type="checkbox"/>		<input type="text"/>

## Pathologies hépatiques

Ascite R18 ☐ | ☐  
Carcinome hépatocellulaire C220 ☐ | ☐  
Encéphalopathie hépatique K729 ☐ | ☐  
Hémorragie digestive I850 ☐ | ☐

## Tumeurs

Sarcome de Kaposi C46 B210\* ☐ | ☐ | ☐  
Lymphome cérébral primaire C857+1\* ☐ | ☐ | ☐  
Lymphome non hodgkinien C859\* ☐ | ☐ | ☐  
Maladie de Hodgkin C81 ☐ | ☐  
Cancer du poumon ☐ | ☐  
Dysplasie du col N87 ☐ | ☐  
Carcinome du col in situ, dysplasie du col D06 ☐ | ☐  
Cancer invasif du col C53\* ☐ | ☐ | ☐  
Carcinome du canal anal in situ, dysplasie du canal anal D013 ☐ | ☐  
Cancer du canal anal C211 ☐ | ☐

## Affections neurologiques

Encéphalopathie associée au VIH G051-B220\* ☐ | ☐ | ☐  
Polyneuropathie périphérique associée au VIH G630-B238 ☐ | ☐ | ☐

## Manifestations non spécifiques en rapport avec le VIH

Lymphadénopathie persistante généralisée R591 B231 ☐ | ☐  
Amaigrissement >10% R634 ☐ | ☐  
Syndrome cachectique R64 B222\* ☐ | ☐ | ☐  
Fièvre > 1 mois R50++1 ☐ | ☐  
Diarrhée > 1 mois A09++1 ☐ | ☐

## Autres pathologies d'intérêt

Purpura thrombocytopénique D6951 ☐ | ☐  
Maladie de Castelman D360 ☐ | ☐  
Accident vasculaire cérébral hémorragique I61 ☐ | ☐  
Accident vasculaire cérébral ischémique I63 ☐ | ☐  
Infarctus du Myocarde I21 ☐ | ☐  
Insuffisance coronarienne I20 I24 ☐ | ☐  
Embolie pulmonaire I26 ☐ | ☐  
Hypertension artérielle pulmonaire I270 ☐ | ☐  
Ostéonécrose M87 ☐ | ☐  
Ostéoporose avec fracture M80 ou sans fracture M81 ☐ | ☐  
Lipoatrophie E881 ou Lipohypertrophie E881 ☐ | ☐  
Acidose lactique ou hyperlactatémie ayant nécessité une hospitalisation E872 ☐ | ☐  
Cytolyse hépatique R740 ☐ | ☐  
Pancréatite K85 ☐ | ☐  
Toxidermie ayant nécessité une hospitalisation L519 ☐ | ☐  
Suicide X84 ☐ | ☐

## Autres manifestations

..... ☐ | ☐  
..... ☐ | ☐  
..... ☐ | ☐  
..... ☐ | ☐

Si une pathologie classante notée \* est renseignée, stade CDC C et préciser la date.

### 3. STADE CLINIQUE

Stade (A, B ou C) : | ☐ | ☐  
Stade CIM : | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐  
Date de diagnostic SIDA avéré : | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐

# SUIVI BIOLOGIQUE

## 1. IDENTIFICATION DU PATIENT

Nom : ..... Prénom : ..... Date de naissance : | | | | | | | | | |  
 .....  
 Date du prélèvement | | | | | | | | | |

Si les examens correspondants n'ont pas été faits, laisser les cases blanches

## 2. VARIABLES

CD4		/mm <sup>3</sup>	CD8		/mm <sup>3</sup>	Lymphocytes		/mm <sup>3</sup>
Seuil de détection charge virale VIH1				copies/mL			Charge virale VIH1	
							copies/mL	
Seuil de détection charge virale VIH2				copies/mL			Charge virale VIH2	
							copies/mL	
Leucocytes				/mm <sup>3</sup>			Plaquettes	
							10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup>	
Polynucléaires				/mm <sup>3</sup>			Hémoglobinémie	
							g/100mL	
Cholestérol total				mmol/L			Cholestérol total	
							g/L	
HDL Cholestérol				mmol/L			HDL Cholestérol	
							g/L	
LDL Cholestérol				mmol/L			LDL Cholestérol	
							g/L	
Le cholestérol LDL a-t-il été mesuré ?				oui				non
Triglycérides				mmol/L			Triglycérides	
							g/L	
Valeur ASAT				UI/ml			Normale max ASAT	
							UI/ml	
Taux d'ASAT				X la normale				
Valeur ALAT				UI/ml			Normale max ALAT	
							UI/ml	
Taux d'ALAT				X la normale				
Tests génotypiques et phénotypiques prescrits:			aucun (1) <input type="checkbox"/>			Génotypique seul (2) <input type="checkbox"/>		
						Phénotypique seul (4) <input type="checkbox"/>		
						Génotypique et Phénotypique (5) <input type="checkbox"/>		

## 3. VARIABLES BIOLOGIQUES LOCALES

Description	Valeur
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	

## SUIVI DES TRAITEMENTS ANTIRETROVIRAUX

## 1. IDENTIFICATION DU PATIENT

Nom : ..... Prénom : ..... Date de naissance : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

.....  
 .....  
**Date de fiche** |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

## 2. TRAITEMENTS ANTIRETROVIRAUX

Traitement antirétroviral	Notion d'essai : 1 : en dehors d'un essai 2 : essai ouvert 3 : essai en double aveugle	Date de début de traitement	Date de fin de traitement	Motif de l'arrêt	Si autre motif d'arrêt, précisez :
				1 : Intolérance 2 : Inefficacité 3 : Etat permettant l'arrêt 4 : Décision du patient 5 : Essai thérapeutique 6 : Prévention Mère-Enfant 9 : Autres	
NUC et apparentés					
Abacavir/ABC (Ziagen)	<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"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Abacavir+3TC (Kivexa)	<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"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Combivir/CBV (Combivir)	<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"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Didanosine/ddI (Videx)	<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"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Emtricitabine/FTC (Emtriva)	<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"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Lamivudine/3TC (Epivir)	<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"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Stavudine/d4t (Zerit)	<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"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Trizivir/TZV (Trizivir)	<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"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Tenofovir/TNF (Viread)	<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"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Tenofovir+FTC (Truvada)	<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"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Zidovudine/AZT (Rétrovir)	<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"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Autre NUC :				<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<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"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<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"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
NNUC					
Delavirdine/DLV (Rescriptor)	<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"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Efavirenz/EFZ (Sustiva)	<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"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Etravirine/TMC 125	<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"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Névirapine/NVP (Viramune)	<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"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Autre NNUC :					<input type="text"/>
<input type="text"/>	<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"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<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"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
IP					
Atazanavir/ATZ (Reyataz)	<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"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Darunavir/TMC 114 (Prezista)	<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"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Indinavir/IDV (Crixivan)	<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"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Fosamprénavir/FPV (Telzir)	<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"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Lopinavir/LPV(+ritonavir) (Kaletra)	<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"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Mozenavir/DMP 450	<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"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Nelfinavir/NFV (Viracept)	<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"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Ritonavir/RTV (Norvir) booster	<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"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Saquinavir/SQV (Invirase)	<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"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Tipranavir/TPV (Aptivus)	<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"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Autre IP :					<input type="text"/>
<input type="text"/>	<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"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<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"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>



Traitement antirétroviral	Notion d'essai : 1 : en dehors d'un essai 2 : essai ouvert 3 : essai en double aveugle	Date de début de traitement	Date de fin de traitement	Motif de l'arrêt	Si autre motif d'arrêt, précisez :
				1 : Intolérance 2 : Inefficacité 3 : Etat permettant l'arrêt 4 : Décision du patient 5 : Essai thérapeutique 6 : Prévention Mère-Enfant 9 : Autres	
<b>Inhibiteur d'entrée</b>					
Enfuvirtide/T20 (Fuzeon)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Autre inhibiteur d'entrée :	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<b>Inhibiteur d'intégrase</b>					
Raltégravir (Isentress)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Autre inhibiteur d'intégrase :	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<b>anti-CCR5</b>					
Maraviroc/MVC (Celsentri)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Autre anti-CCR5 :	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<b>Autre :</b>					
Atripla (FTC+TDF+EFV)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Duovir-N (AZT+3TC+NVP)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Triomune (D4T+3TC+NVP)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

## SUIVI DES AUTRES TRAITEMENTS

## 1. IDENTIFICATION DU PATIENT

Nom : ..... Prénom : ..... Date de naissance : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

.....  
 .....  
**Date de fiche** |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

## 2. AUTRES TRAITEMENTS

	Cocher :	Date de début :	Date de fin :
<b>Antiviraux</b>			
Aciclovir (Zovirax)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Cidofovir (Vistide)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Foscarnet (Foscavir)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Gancyclovir/DHPG (Cymevan)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Valacyclovir (Zelitrex)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Valgancyclovir (Roalcyte)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Autre, préciser :	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<hr/>			
<b>Traitements antiVHB et antiVHC<sup>1</sup></b>			
Adefovir Dipivoxil (Hepsera)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Entecavir (Baraclude)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ribavirine (Rebetol/Copegus)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telbivudine (Tyzeka)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PEG Interféron 2A	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PEG Interféron 2B	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Autre, préciser :	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<hr/>			
<b>Antiparasitaires</b>			
Atovaquone (Wellvone)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Clarithromycine (Zeclar)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Clindamycine (Dalacine)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Cotrimoxazole (Bactrim)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dapsone (Disulone)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Pentamidine parentérale (Pentacarinat)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Pentamidine en aérosol (Pentacarinat)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sulfadoxine Pyriméthamine (Fansidar)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Pyriméthamine (Malocide)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sulfadiazine (Adiazine)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Autre, préciser :	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

<sup>1</sup> Si le traitement anti-VHB comporte des antirétroviraux VIH, veuillez les noter dans la table des traitements antirétroviraux

	Cocher :	Date de début :	Date de fin :
<b>Antifongiques</b>			
Amphotéricine B conventionnelle (Fungizone)	<input type="checkbox"/>	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _
Amphotéricine B liposomate (Ambisone)	<input type="checkbox"/>	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _
Caspofungine (Caspofungin MDS)	<input type="checkbox"/>	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _
Fluconazole (Triflucan)	<input type="checkbox"/>	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _
5-Fluorocytosine (Ancotil)	<input type="checkbox"/>	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _
Itracomazole (Sporanox)	<input type="checkbox"/>	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _
Posaconazole (Noxafil)	<input type="checkbox"/>	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _
Voriconazole (Vfend)	<input type="checkbox"/>	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _
Autre, préciser :	<input type="checkbox"/>	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _
<hr/>			
<b>Antimycobactériens</b>			
		_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _
Amikacine (Amiklin)	<input type="checkbox"/>	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _
Azithromycine (Azadose)	<input type="checkbox"/>	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _
Clofazimine (Lamprène)	<input type="checkbox"/>	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _
Ethambutol (Myambutol, Dexambutol)	<input type="checkbox"/>	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _
Isoniazide (Rimifon)	<input type="checkbox"/>	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _
Moxifloxacine (Izilox)	<input type="checkbox"/>	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _
Pyrazinamide (Pirilène)	<input type="checkbox"/>	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _
Rifabutine (Ansaticpine)	<input type="checkbox"/>	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _
Rifampicine (Rifadine)	<input type="checkbox"/>	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _
Autre, préciser :	<input type="checkbox"/>	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _
<hr/>			
<b>Immunomodulateurs</b>			
Interleukine 2	<input type="checkbox"/>	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _
Autre, préciser :	<input type="checkbox"/>	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _
<hr/>			
<b>Vaccination thérapeutique anti-VIH+</b>			
		_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _
ALVAC vCP1433	<input type="checkbox"/>	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _
ALVAC vCP1452	<input type="checkbox"/>	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _
Lipo-6T peptides	<input type="checkbox"/>	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _
Autre, préciser :	<input type="checkbox"/>	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _
<hr/>			
<b>Autres traitements</b>			
	<input type="checkbox"/>	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _
	<input type="checkbox"/>	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _
	<input type="checkbox"/>	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _
	<input type="checkbox"/>	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _
	<input type="checkbox"/>	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _
	<input type="checkbox"/>	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _

# SUIVI INFECTION VHB ET/OU VHC ACTIVE

## 1. IDENTIFICATION DU PATIENT

Nom : ..... Prénom : ..... Date de naissance : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|  
 .....  
 Date de l'examen |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

## 2. DOSAGE DE L'ADN-VHB

Seuil de charge virage VHB |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| UI/ml Charge virale VHB |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| UI/mL

## 3. DOSAGE DE L'ARN-VHC

Seuil de charge virage VHC |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| UI/ml Charge virale VHC |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| UI/mL

## 3. EXAMEN HEPATIQUE

Ponction biopsie hépatique Fait (1) ☐ Non fait (2) ☐ Ne sait pas (3) ☐  
 Autre test hépatique Fait (1) ☐ Non fait (2) ☐ Ne sait pas (3) ☐  
 Autre test, préciser : .....  
 Date de la ponction ou autre test |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

### Score Métavir

#### Score d'Activité de la nécrose (A):

à calculer en fonction des scores de nécrose parcellaire et lobulaire\*

A |\_|\_|

#### Score de Fibrose (F):

Absence de Fibrose : F0 ; Fibrose portale sans septa : F1 ;  
 Fibrose portale avec septa : F2 ; Fibrose septale sans cirrhose : F3 ; Cirrhose : F4

F |\_|\_|

\*Aide au calcul du score d'Activité Métavir

Score d'activité			Nécrose lobulaire		
			Absente/Minime 0	Modérée 1	Sévère 2
Nécrose parcellaire	Absente	0	A0	A1	A2
	Minime	1	A1	A1	A2
	Modérée	2	A2	A2	A3
	Sévère	3	A3	A3	A3

### Score Knodell si la biopsie hépatique a été faite

NP Nécrose périportale et nécrose en pont (de 0 à 10) |\_|\_|  
 NL Nécrose lobulaire et lésions dégénératives (de 0 à 4) |\_|\_|  
 I Inflammation portale (de 0 à 4) |\_|\_|  
 F Fibrose (de 0 à 4) |\_|\_|  
 Score global (total) : |\_|\_|

Si un autre score a été déterminé, préciser le nom du score : .....

**Pourcentage de stéatose :**

|\_|\_|\_|

**Dosage de l'alpha-foeto-protéine :**

|\_\_\_\_\_| ng/mL

## 1. IDENTIFICATION DU PATIENT

## 2. SITUATION DU PATIENT

### 3. DECES

### 3.2 Cause immédiate du décès :

### 3.3 Pathologies ayant contribué au décès :

Page 1 de 2

### 3.4 Autres pathologies évolutives au moment du décès :

code CIM 10 :      code CIM 10 :      en clair :

|\_\_|\_\_|\_\_|+|\_\_|    |\_\_|\_\_|\_\_|+|\_\_|    .....

code CIM 10 :      code CIM 10 :      en clair :

|\_\_|\_\_|\_\_|+|\_\_|    |\_\_|\_\_|\_\_|+|\_\_|    .....

code CIM 10 :      code CIM 10 :      en clair :

|\_\_|\_\_|\_\_|+|\_\_|    |\_\_|\_\_|\_\_|+|\_\_|    .....

code CIM 10 :      code CIM 10 :      en clair :

|\_\_|\_\_|\_\_|+|\_\_|    |\_\_|\_\_|\_\_|+|\_\_|    .....

### 3.5 Cause initiale du décès :

code CIM 10 :      code CIM 10 :      en clair :

|\_\_|\_\_|\_\_|+|\_\_|    |\_\_|\_\_|\_\_|+|\_\_|    .....

### 3.6 Décès lié à un événement classant SIDA :

Oui (1) ☐      Non (2) ☐      Ne sait pas (3) ☐

### 3.7 Décès lié à un événement en rapport avec le VIH :

Oui (1) ☐      Non (2) ☐      Ne sait pas (3) ☐

### 3.8 Décès lié à des traitements :

Oui (1) ☐      Non (2) ☐      Ne sait pas (3) ☐

Si oui, lesquels :

.....  
.....  
.....

## 4. COMMENTAIRE

Commentaire sur le patient :